



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Daniele Cristina Godoy

**O ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à
Saúde: a prática de professores tutores e alunos de
graduação médica**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
doutora em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Antônio P. Pithon Cyrino
Orientadora: Prfa. Dra. Rosamaria Giatti Carneiro

Botucatu
2018

Daniele Cristina Godoy

**O ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à
Saúde: a prática de professores tutores e alunos de
graduação médica**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
doutora em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Antônio P. Pithon Cyrino
Orientadora: Prfa. Dra. Rosamaria Giatti Carneiro

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Godoy, Daniele Cristina.

O ensino da clínica ampliada na Atenção primária à saúde : a prática de professores tutores e alunos de graduação médica / Daniele Cristina Godoy. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Antonio de P. Pithon Cyrino

Coorientador: Rosamaria Giatti Carneiro

Capes: 40602001

1. Educação médica. 2. Atenção primária à saúde. 3. Humanização na saúde. 4. Integralidade em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Clínica Ampliada; Educação Médica; Estudo etnográfico.

DANIELE CRISTINA GODOY

O ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde: a prática de professores tutores e alunos de graduação médica

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antônio de P. Pithon Cyrino
Orientadora: Profa. Dra. Rosamaria Giatti Carneiro

Comissão examinadora

Prof. Dr. Antônio de P. Pithon Cyrino
Orientador

Profa. Dra. Rosana Onocko Campos

Profa. Dra. Flávia Helena Pereira Padovani

Dra. Vanessa dos Santos Silva

Profa. Dra. Soraya Fleischer

Botucatu
2018

DEDICATÓRIA

Ao meu querido filho Luiz Olavo, a minha razão de viver, que a cada dia me inspira a ser uma pessoa melhor, a viver melhor e a ser feliz.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida, pela força e capacitação. A Ele toda honra, toda glória, todo o meu louvor e adoração.

Ao professor e querido amigo Antônio Cyrino o meu agradecimento especial pelo imenso aprendizado e oportunidade de concretizar um sonho. Obrigada por acreditar em mim, confiar no meu trabalho e me oportunizar experiências que contribuíram imensamente ao meu crescimento e amadurecimento profissional.

A doce e querida Rosamaria Giatti, minha co-orientadora que em uma convivência rápida trouxe uma enorme colaboração a concretização e aprimoramento deste trabalho.

Aos meus pais Luiz Carlos e Elza exemplos de dedicação e caráter. Obrigada pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida. Eternamente grata.

Ao Cristiano, companheiro, obrigada por acreditar em mim. Obrigada pelo apoio.

Aos coordenadores, professores-tutores e alunos da disciplina IUSC III, que carinhosamente me acolheram e contribuíram para a realização deste trabalho.

Sem vocês ele não seria.

A professora Eliana Cyrino pelo apoio, aprendizado e incentivo.

Ana Cristina Rodopiano Ribeiro eterna gratidão pela amizade e pelo apoio.

As minhas irmãs Ana Paula e Maria Carolina pela força, pelo apoio e ajuda sempre.

Leda Fernandes Silva pelo amor, incentivo e amizade. Obrigada pelas palavras de motivação e esperança e nunca me deixar desistir.

Paula Freire obrigada por me ajudar a acreditar em mim, acreditar na vida, e me iluminar o caminho. Obrigada pela atenção e pelo abraço carinhoso.

Simone Roecher amiga querida, obrigada pela companhia nesta caminhada pesada e por vezes solitária. Que bom foi dividir com você os momentos de cansaço, as dificuldades e as incertezas

Ao Wagner pela dedicação, gentileza e estruturação desta tese.

Revisora do texto Maria do Carmo Mauad disposição e dedicação, e pelo excelente trabalho.

Aos amigos de trabalho do Centro de Saúde Escola, obrigada pelo apoio e compreensão

Amiga e irmã Suelene Carnieto por me ouvir e me consolar. Obrigada pelas palavras de incentivo e força.

A todos familiares, amigos e pacientes pelo apoio e incentivo no longo percurso de desenvolvimento deste trabalho.

Gratidão a todos.

“Cada pessoa que passa em nossa vida,
passa sozinha, é porque cada pessoa é única e
nenhuma substitui a outra!

Cada pessoa que passa em nossa vida
passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e
leva um pouquinho de nós.

Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a
prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”

Charles Chaplin

RESUMO

GODOY, D. C. **O ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde: a prática de professores tutores e alunos de graduação médica.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018.

A crise contemporânea da medicina e os desafios à educação médica tem sido objeto de um grande debate internacional nas últimas décadas. Dentre estes desafios destacam-se a desumanização da prática, a fragmentação do cuidado médico individual e a desigualdade de acesso a atenção à saúde. Diante deste contexto têm se recomendado inúmeras medidas de mudança da formação médica para superar tais problemas dentre as quais uma maior aproximação desta formação com os sistemas públicos de saúde. A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ainda que tardiamente, vem produzindo uma nova agenda de reorientação da formação profissional a partir de programas, do Ministério da Saúde e da Educação, de incentivo à mudança das graduações das profissões da saúde. A Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), com uma longa trajetória de ensino médico na comunidade vem participando dos referidos programas de incentivo à reestruturação do ensino médico. Dentro deste escopo de mudanças foi criado o Programa Interação Universidade-Serviços-Comunidade (IUSC) em 2003. Em seu desenvolvimento estruturou-se como um conjunto de disciplinas dirigidas à graduação em medicina e enfermagem, tendo como cenário de ensino-aprendizagem o território, equipamentos públicos, em especial as unidades básicas de saúde, e instituições comunitárias. As práticas destas disciplinas se desenvolvem orientadas pela metodologia da problematização e pelas concepções da humanização da prática e a integralidade do cuidado. Este estudo tomou como campo a disciplina IUSC III, ministrada aos alunos do 3º ano de graduação médica, que tem como atividade principal a consulta médica supervisionada e orientada pela concepção da “Clínica Ampliada”. Para alcançar seu objetivo de “desenvolver competências e habilidades para a atenção e promoção da saúde da comunidade” a IUSC III tem como estratégias pedagógicas: o vínculo longitudinal, o uso de roteiro de “anamnese ampliada”, discussões de casos com diferentes profissionais dos serviços de saúde e o uso de diário de campo. Esta pesquisa se propõe a reconhecer a prática de professores-tutores e alunos no processo de ensino-aprendizagem da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde, mediante estudo etnográfico do cotidiano desta disciplina. O campo desenvolveu-se durante 14 meses por meio de estudo bibliográfico e documental e observação participante com registro em diário de campo dos seguintes momentos: módulo de introdução, atividade de observação e reconhecimento da unidade de saúde pelos alunos, consulta médica supervisionada, reuniões de discussão de casos, supervisão clínica e reuniões da coordenação da disciplina com os professores-tutores. A partir da análise dos diários de campo e do estudo documental e bibliográfico das estratégias pedagógicas da IUSC III elaborou-se uma descrição densa do seu cotidiano, mediante diálogo com o referencial da Clínica Ampliada e estudos do trabalho médico e da Clínica. O estudo mostra a potência das estratégias pedagógicas para o desenvolvimento de um olhar ampliado do aluno sobre as necessidades de saúde dos usuários. Em que pese a significativa receptividade dos alunos a uma disciplina de prática clínica na qual o aluno tem um papel ativo já no terceiro ano, parte

deles mostram-se resistentes à produção de narrativas dos encontros clínicos. A experiência da clínica na atenção primária é desafiadora para os alunos, diante de uma demanda que se coloca numa fronteira entre os problemas da vida e o diagnóstico bem definido, a qual se soma a ambiguidade e a incerteza do próprio conhecimento e da prática médica. A análise desta experiência de alunos e professores-tutores com o ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde, embora ocupe um pequeno espaço no currículo, mostra-se fértil para a reflexão sobre o ensino médico e possíveis caminhos e estratégias para a mudança da graduação.

Palavras-chave: Educação Médica; Atenção Primária à Saúde; Clínica Ampliada; Pesquisa Etnográfica; Estratégias Pedagógicas para o Ensino.

ABSTRACT

GODOY, D. C. The Expanded Clinic teaching in the Primary Health Care: the practice of professors and undergraduate medical students. Thesis (Doctorate degree) – Faculty of Medicine of Botucatu, University of São Paulo State, Botucatu, 2018.

The contemporaneous crisis in the medicine and the challenges to the medical education have been issue for a huge international debate in the last decades. Among those challenges, there are some highlights: practice dehumanization, the individual health care fragmentation and the inequality of access to health care. In the light of this context, it has been recommended several measures to change medical training, in order to overcome such problems, among which, a closer approximation of this training with the public health systems. The structuring of the Unified Health System (SUS) in Brazil, although late, has been producing a new reorientation schedule of professional training from programs of Ministry of Health and Education, of incentives to change the graduations of the health professions. The Faculty of Medicine of Botucatu (FMB), with a long history of medical education in the community has been participating of the before mentioned programs of incentive to the restructuring of medical education. Within this scope of changes, the University-Services-Community Interaction Program (IUSC) was created in 2003. In its development, it was structured like a set of disciplines directed to undergraduation in medicine and nursing, having as teaching-learning scenario the territory, public facilities, especially basic health units, and community institutions. The practices of these disciplines are developed guided by the problematization methodology and by the conceptions of the practice humanization and the integrality of care. This study took as a field the discipline IUSC III, given to the students of the 3rd year of medical undergraduation, whose main activity is supervised medical consultation and guided by the design of the "Expanded Clinic". To achieve its goal of "developing skills and abilities to care for and promote community health" IUSC III has as pedagogical strategies: the longitudinal link, the use of the "extended anamnesis" script, case discussions with different health professionals and the use of field diaries. This research proposes to recognize the practice of professors and students in the teaching-learning process of the Expanded Clinic in Primary Health Care, through an ethnographic study of the daily life of this discipline. The field was developed during 14 months by means of bibliographical and documentary study and participant observation with record in field diary of the following moments: introduction module, observation activity and health unit recognition by the students, supervised medical consultation, case discussion meetings, clinical supervision and coordination meetings of the discipline with the professors. From the analysis of the field diaries and the documentary and bibliographic study of IUSC III pedagogical strategies, a dense description of his daily life was elaborated through dialogue with the framework of the Expanded Clinic and studies of the medical and clinical work. The study shows the power of pedagogical strategies for the development of a broader student's view about the health needs of the users. Besides the significant receptivity of the students to a discipline of clinical practice in which the student has an active role already in the third year, part of them are resistant to the production of narratives from clinical encounters. The clinical experience in primary care is challenging for students, faced with a demand that is placed on a border between the problems of life and the well-defined diagnosis,

which adds to the ambiguity and uncertainty of knowledge itself and medical practice. The analysis of this experience of students and professors with the teaching of the Expanded Clinic in Primary Health Care, although takes just a little space in the curriculum, it is fertile for reflection on medical teaching and possible paths and strategies for graduation change.

Key-words: Medical Education; Primary Health Care; Expanded Clinic; Ethnographic Research; Pedagogical Strategies for Teaching

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS	Sistema Único de Saúde
IUSC	Interação Universidade Serviço e Comunidade
APS	Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
NAP	Núcleo de Apoio Pedagógico
USF	Unidade de Saúde da Família
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para o Curso de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Pet-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
FCMBB	Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu
PNH	Política Nacional de Humanização
PS	Pronto Socorro
ISDA	Interrogatório Sobre os Diversos Aparelhos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – Reforma na educação médica e o ensino médico na comunidade.....	20
1.1 O ensino médico e os desafios da formação profissional.....	20
1.2 Interação Universidade Serviços de Saúde e Comunidade (IUSC) do programa à disciplina e os desafios da sua implantação.....	26
CAPÍTULO 2 – O processo de ensino-aprendizagem da clínica na Atenção Primária à Saúde.....	35
2.1 Da clínica da biomedicina à ampliação da clínica	35
2.2 A Clínica Ampliada enquanto estratégia de cuidado	42
CAPÍTULO 3 – O percurso metodológico.....	46
3.1 IUSC III - campo da pesquisa.....	47
3.2 O território da pesquisa: as unidades de saúde	51
3.3 Etapas da pesquisa	52
3.4 Aspectos éticos	57
3.5 A entrada no campo da pesquisa como descrição do percurso metodológico	58
3.5.1 Reconhecendo a prática da Clínica Ampliada na IUSC III	59
3.5.2 Chegando ao campo em 2015: o campo e os desafios	61
CAPÍTULO 4 – O cotidiano da IUSC.....	72
4.1 O cotidiano da IUSC: o processo de ensino-aprendizagem em uma Unidade Básica de Saúde	72
4.2 Estratégias pedagógicas da disciplina IUSC III	80
4.2.1 A consulta de retorno: suas potencialidades e fragilidades na disciplina IUSC III.....	81
4.2.2 O roteiro da anamnese ampliada: uma entrevista dialogada.....	95
4.2.3 A integralidade do cuidado e a humanização da prática clínica: eixos orientadores da disciplina IUSC III	110
4.2.4 Narrativas na clínica: avaliação, reflexão e prática na disciplina IUSC III.....	120
CAPÍTULO 5 – Um descrição etnográfica da IUSC em 4 cenas	128
5.1 A introdução à prática da Clínica Ampliada na disciplina IUSC III.....	128
5.2 O reconhecimento do cenário de prática da IUSC III:	137
5.3 O encontro aluno-paciente e a consulta médica	144
5.4 A discussão de casos	156

CAPÍTULO 6 – Encontros e desencontros: desafios da prática da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde.....	162
REFERÊNCIAS.....	173
ANEXOS	187
Anexo 1 – Roteiros de entrevista e consulta médica	187
Anexo 2 – Avaliação Evolutiva do Aluno	197
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	199

INTRODUÇÃO

Desde de pequena, quando questionada sobre o que gostaria de ser, a resposta sempre era a mesma: professora. Uma paixão por ensinar e por aprender. A leitura e a escrita sempre me fascinaram. No momento da escolha profissional a área da saúde foi a eleita e em 1995, com dezenove anos de idade, fui aprovada no vestibular de uma universidade pública estadual para o curso de graduação em fisioterapia. E quando interrogada sobre qual área seguiria dentro da profissão, a resposta continuava a mesma: quero ser professora.

Foram anos difíceis de graduação em função do afastamento da família e dos amigos. Era um contexto de vida completamente estranho para mim. Muitas coisas me incomodavam profundamente, mas de início não sabia identificar se era com o curso em si, a fisioterapia, ou com a maneira como estava organizada a sua estrutura pedagógica: disciplinas muito fragmentadas, nenhuma prática até a metade do curso e o último ano exclusivamente prático. Esta divisão tornava os primeiros anos do curso desinteressantes, devido à forte desarticulação teoria-experiência. Quando uma matéria exigia prática, a mesma era “praticada” entre nós, alunos. No último ano, essencialmente prático, sentíamos falta da teoria, que quando ministrada nos anos anteriores era pouco significativa.

No terceiro ano com as disciplinas específicas e práticas, o curso começou a ficar mais interessante. Todavia a vivência no hospital-escola foi bem impactante: o paciente é nosso objeto de estudo, está ali porque precisa de atendimento e para isso sujeita-se a ser tratado como tal. Lembro-me do sentimento ruim que me despertavam as discussões de caso realizadas na frente do paciente, desconsiderando sua situação de fragilidade. Ouvia, junto com o paciente, o professor dizer: “lesão alta, nunca mais vai andar”. A relação com professores e nossos supervisores, os residentes, não era agradável, dada a forte hierarquização das relações. Nós, alunos, não sabíamos nada, tínhamos medo e receio de passar por muitos estágios, nos quais, certamente seríamos perseguidos e maltratados.

Isso tudo me incomodava, mas não tinha ideia do que exatamente se passava e nem como fazer diferente. Sempre tive um bom relacionamento com os meus pacientes, conhecia-os pelos nomes, conversava muito e tratava-os com respeito e consideração. Todavia, esta atitude pessoal não fazia parte do processo avaliativo do aluno, apenas considerava-se a técnica e o conhecimento cognitivo.

Embora, estes conhecimentos sejam fundamentais não deveriam estar desvinculados das atitudes dos alunos com seus pacientes. Interessava-me muito ouvir as histórias dos pacientes, que hoje me remete a boas lembranças: recebi muitos convites para tomar café em suas casas, outros que se tornavam próximos e amigos.

As dimensões relacionais aluno-paciente não eram objeto do curso, portanto nunca foram tematizadas como questão em si, seja sobre seus limites ou sobre como desenvolvê-la no cotidiano da clínica. Parte dos alunos que reconheciam a importância deste encontro aluno-paciente buscavam desenvolvê-la dentro de suas possibilidades.

Foi marcante a vivência em estágio na enfermaria de Moléstias Infecciosas acompanhando pacientes com HIV. Um deles internado com um quadro grave de pneumonia negava-se a ser atendido por alunos. Só aceitava o atendimento se lhe trouxéssemos bolacha. Como lidar com isto? Para não sermos considerados incompetentes ou irresponsáveis, muitas vezes, levávamos as bolachas para conseguir o atendimento e mantinha-se isto em segredo. A intenção de tal atitude não era clara para nós, uma mistura de sentimentos como comoção, medo do professor ou generosidade, talvez.

Hoje como professora-tutora de alunos e vivenciando os diversos movimentos de reestruturação do processo de formação na saúde, experimento uma prática na qual a relação aluno-paciente é parte importante do processo ensino-aprendizagem do aluno e envolve sua dimensão ética, desenvolver empatia, saber ouvir e valorizar a história de vida e a experiência do outro e valorizar os seus desejos. Hoje pensando em meu paciente que só aceitava ser atendido se ganhasse bolacha, vejo a bolacha como uma expressão de um pedido de consideração, do acolhimento e da necessidade de ser cuidado.

Mas termos como humanização da prática, integralidade do cuidado, Atenção Primária como cenário de prática, os quais se tornaram o contexto da minha atividade profissional e da presente pesquisa, eram completamente desconhecidos. Diálogo e vínculo não eram mencionados, a recomendação, em alguns estágios, era a de não conversar muito com o paciente e não ter uma relação muito próxima. A técnica era muito cobrada e valorizada, já conhecer a história de vida, por exemplo, não fazia parte do contexto de aprendizado.

Em 1998 terminei a faculdade e logo em seguida retornei a Botucatu, pois queria definir uma área de atuação, estudar, me aprimorar, mas por questões

peçoais, tive que trabalhar. Assim os estudos ficaram em segundo plano neste momento.

Há dezenove anos trabalho no Centro de Saúde Escola, unidade auxiliar de ensino e pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Convidada para compor a equipe, inicialmente como voluntária, participei de grupos de promoção e prevenção em equipes multiprofissionais, tempo de muito aprendizado com os colegas de outras profissões. E os anos foram passando, primeiro vieram os grupos, depois os atendimentos individuais, as visitas domiciliares e, em seguida, o ensino. Depois de alguns anos como voluntária, passei a um trabalho remunerado como prestadora de serviços e, após processo seletivo, há doze anos atuo com vínculo com a fundação de apoio da Faculdade de Medicina, a Famesp. Parte do meu trabalho, que tenho o privilégio de realizar, envolve muitas atividades com alunos de graduação e pós-graduação, recebendo estagiários da área de fisioterapia e de outras graduações da saúde, como enfermagem, nutrição e medicina.

Como parte da equipe do Centro de Saúde Escola, instituição formadora de profissionais de saúde para o SUS, atuo como supervisora de estágios na área de fisioterapia e preceptora de duas residências multiprofissionais – em Saúde da Família e Saúde do Adulto e do Idoso, financiadas pelo Ministério da Saúde. Experiências fantásticas, que fizeram reacender o desejo de “ser professora”. E vale a pena ressaltar que a experiência vivenciada refere-se ao “ser professora” fora da sala de aula, longe da lousa e daquele cenário escolar tradicional. Sou “professora” no meu local de trabalho, orientando sobre e na prática clínica no cotidiano da profissão, no espaço da atenção primária à saúde.

Percorrendo os caminhos da assistência e ensino no meu processo de trabalho ao longo de doze anos, uma inquietação antiga voltou à tona: o desejo da pós-graduação como uma possibilidade de aprimoramento da prática e, quem sabe, uma possibilidade de chegar à tão sonhada docência.

Ingressando para a pós-graduação o tema de pesquisa no mestrado (2011-2013) e agora no doutorado foi a educação médica e o ensino da clínica na Atenção Primária à Saúde, tendo como proposta a Clínica Ampliada e Compartilhada. O campo é a disciplina Interação Universidade, Serviços de Saúde e Comunidade (IUSC), dos cursos de graduação de medicina e enfermagem, desenvolvida de modo interprofissional e interdisciplinar, tendo como cenário as unidades básicas de saúde do município e seus territórios.

A vivência como tutora da IUSC, atuando por quatro anos no primeiro ano da disciplina, me faz reviver a situação de aluna do primeiro ano de graduação na área da saúde com os seus anseios, medos e expectativas e me colocar muito próxima destes alunos. Neste último ano (2017) colaborei com a IUSC III desenvolvida no terceiro ano de graduação da medicina e pude compartilhar com os seus professores-tutores – médicos - minha experiência e vivência a partir da minha pesquisa de mestrado.

O mestrado foi extremamente desafiador, estimulante e apaixonante, se no início estudar algo distante da minha formação me causava estranhamento, logo percebi que estudava algo muito próximo da minha prática e logo me vi envolvida com a pesquisa: as narrativas dos alunos no contexto de ensino e aprendizagem da clínica na IUSC III. Foi um mergulho no olhar do aluno, por meio de seus “cadernos de campo”, com o qual pude perceber o processo ensino-aprendizagem e as relações envolvidas nesta vivência de introdução ao aprendizado da clínica.

Estudar o caderno de campo dos alunos com suas narrativas reflexivas sobre a vivência na clínica e conhecer diferentes dimensões e relações aí presentes - aluno-professor, professor-aluno e aluno-aluno - foi uma experiência estimulante e reveladora. Neste momento refletir sobre a minha história de trabalho, sob outro ângulo, conhecendo esta prática sob o ponto de vista do aluno e revendo a minha própria experiência como aluna durante minha graduação.

Esta vivência também me permitiu conhecer alguns avanços na política de formação dos profissionais da saúde e reconhecer o momento histórico em que diferentes políticas públicas de incentivo a mudança da formação das graduações das profissões da saúde foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que, finalmente, assumiu seu papel formal na regulação da força de trabalho requerida para adequado desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Terminado o mestrado, em março de 2013, busquei dar continuidade ao trabalho para agora explorar diferentes dimensões da disciplina IUSC III, em especial as estratégias pedagógicas construídas pelos formuladores da disciplina e profissionais participantes. Também, via a possibilidade com curiosidade de acompanhar os alunos em atividade no cenário de ensino-aprendizagem da IUSC III.

Desta forma convido o leitor a conhecer a prática de ensino-aprendizagem de alunos e tutores na Atenção Primária à Saúde, orientada pelo conceito da Clínica Ampliada, desenvolvida na Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. A pesquisa

etnográfica foi o caminho escolhido para compreender este universo da IUSC III, mediante observação participante e registro em diário de campo nos cenários em que a disciplina é desenvolvida: em salas de aula, nos consultórios, salas e corredores das unidades básicas de saúde do município. Esta etnografia foi realizada 2015, mas em 2014 já pude mergulhar no campo, em estágio oficial junto a disciplina e, assim, descrever e analisar a prática de ensino-aprendizagem da Clínica Ampliada acompanhando professores-tutores e alunos do terceiro ano de graduação médica.

Com este objetivo a tese está organizada em seis capítulos. O capítulo 1 trata do “ensino médico e os desafios da formação profissional” e “o ensino médico na Faculdade de Medicina de Botucatu e o contexto de implantação da disciplina IUSC”. Os limites da Clínica tradicional (centrada na doença) e os desafios à sua reinvenção (ou atualização a contemporaneidade) são abordados no capítulo 2: “Da clínica da biomedicina à ampliação da clínica; A Clínica Ampliada enquanto estratégia de cuidado”.

No capítulo 3 reapresento os objetivos da pesquisa e o percurso metodológico desde a minha entrada no campo, minha primeira experiência com a etnográfica.

No capítulo 4 apresento uma descrição e discussão das principais estratégias pedagógicas da disciplina, organizada nos seguintes tópicos: a consulta de retorno: suas potencialidades e fragilidades na disciplina IUSC III; o roteiro da anamnese ampliada: uma entrevista dialogada; A integralidade do cuidado e a humanização da prática: eixos orientadores da disciplina IUSC III e narrativas na clínica: avaliação, reflexão e prática na disciplina IUSC III. No 5º capítulo apresento quatro situações que sintetizam bem os diferentes cenários da disciplina: 1 a introdução na prática da Clínica Ampliada nas salas de aula; 2 o reconhecimento do cenário de prática na IUSC III na unidade básica de saúde (UBS); 3 o encontro aluno-paciente e a consulta médica; 4 a discussão de casos e as supervisões nas UBS.

Por fim, busco explorar, no 6º capítulo, alguns “encontros e desencontros” e os “desafios da prática da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde” a partir de uma consulta que escolhi, dentre tantas outras que tive o privilégio de observar ao longo deste percurso.

CAPÍTULO 1 – Reforma na educação médica e o ensino médico na comunidade.

1.1 O ensino médico e os desafios da formação profissional

Os desafios da formação médica decorrentes da crise contemporânea da Medicina têm sido objeto de um grande debate internacional, na expectativa de que uma “nova” educação médica possa contribuir para o enfrentamento desta tensão entre o impacto das ações médicas e o custo cada vez maior desta assistência (FOUCAULT, 2011; SCHRAIBER, 1989).

Alguns desses desafios referem-se à desumanização da prática, à fragmentação do cuidado médico individual e à desigualdade de acesso à tecnologia médica e aos serviços de saúde, herança herdada da medicina moderna que tem a sua consolidação na passagem da medicina artesanal para a tecnológica, quando numa relação paradoxal, se por um lado amplia-se a capacidade de intervenção sobre a saúde da população, por outro impõem-se os desafios correlacionados (SCHRAIBER, 1993).

A medicina tecnológica hegemônica na prática médica hoje está consolidada na biomedicina, com centralidade na doença, reduzindo o corpo humano ao organismo biológico e super valorizando os recursos tecnológicos, subestimando a subjetividade das relações (RIOS, 2010).

As propostas de mudança que vivenciamos hoje, vinculadas principalmente a humanização da prática e integralidade do cuidado têm a sua gênese nos movimentos da Medicina Integral e Comunitária, que se propuseram a introduzir mudanças no paradigma Flexneriano dominante na educação médica até os dias de hoje. O relatório Flexner publicado em 1910, nos Estados Unidos e Canadá é até hoje reconhecido pela mais importante reforma no ensino médico de todos os tempos. Algumas de suas principais determinações foram a divisão do currículo das escolas médicas em ciclo básico e clínico, a recomendação do hospital como principal cenário de ensino-aprendizagem para as escolas médicas, a ultra especialização e fragmentação do cuidado (CYRINO, MAGALDI, 2002; PAGLIOSA, ROS, 2008).

Os referidos projetos introduziram-se no Brasil entre os anos de 1960 e 1970 vinculando-se ao ensino médico na perspectiva de promover uma adequação do mesmo às necessidades de saúde da população através de um amoldamento também dos serviços médicos (SCHRAIBER, 1989).

A vinculação dos projetos de reforma médica ao ensino médico aconteceu sob diferentes estratégias. A Medicina Integral e Preventiva propunha a superação do caráter fragmentário e a qualificação profissional com o objetivo de recompor o ato médico individual, já a Medicina Comunitária buscava a integralidade do cuidado e uma aproximação das necessidades de saúde da população (CYRINO, MAGALDI, 2002).

No Brasil, a adesão das escolas médicas a estes movimentos e sua proposta de mudança se deu por intermédio dos Departamentos de Medicina Preventiva e assim houve a construção histórica de grandes experiências de ensino extramuros, como a que contemplaremos na história da Faculdade de Medicina de Botucatu (CYRINO, MAGALDI, 2002).

Com o movimento de redemocratização do país e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), as escolas médicas são pressionadas a adaptarem-se às necessidades deste sistema. Neste momento o Ministério da Saúde passa a ter um papel de regulador da formação do profissional da saúde, e numa interlocução com o Ministério da Educação lança mão de programas de incentivo e financiamento à reestruturação do ensino da saúde em nosso país, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN: 2001-2014) que têm até o momento exercido um papel fundamental como proposta de mudança na graduação da área da saúde.

As DCN foram homologadas para os cursos de graduação da saúde pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação, com o objetivo central de definir a caracterização do profissional de saúde almejado capaz de atender às demandas do sistema de saúde vigente. Tal caracterização dos profissionais remete-se a um caráter generalista, humanista, crítico, ético e reflexivo, capaz de trabalhar em equipe. O que as DCN propõem para tal é a adaptação dos projetos políticos pedagógicos das escolas formadoras (LAMPERT et al, 2009).

Algumas das propostas de mudança para o ensino na área da saúde referem-se aos cenários de prática e às metodologias de ensino aprendizagem. Preconiza-se a inserção em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) desde os primeiros anos da formação, na perspectiva de promover o aprendizado significativo, que possibilite o reconhecimento das reais necessidades de saúde da população. A APS como cenário de prática justifica-se pelo fato da mesma se constituir em porta de entrada no sistema de saúde e na sua capacidade resolutiva, além do trabalho que a mesma desempenha de vinculação à população assistida. Com relação às

metodologias ativas de ensino- aprendizagem e diferentes propostas pedagógicas, a recomendação é a adoção de metodologias ativas, dinâmicas, que possibilitem ao aluno exercer um papel de protagonista no seu processo de formação; já o professor ou tutor deve assumir a posição de facilitador ou articulador entre o aluno e os cenários de prática, entre o aluno e os demais atores envolvidos no processo como a equipe de funcionários e pacientes. Os espaços de ensino não devem ser mais somente os espaços acadêmicos, nos quais o hospital tem a sua hegemonia, mas estes devem ser expandidos para as unidades de atenção primária e ambientes da comunidade como creches, escolas, espaços comunitários, projetos sociais, entre outros.

Os principais programas de incentivo e financiamento da reestruturação do ensino na área da saúde sob autoria dos Ministérios da Saúde e Educação lançados entre 2002 e 2013 foram: “Programa de incentivo a Mudanças Curriculares par o Curso de Graduação em Medicina” (PROMED – 2002), “Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde” (Pró-Saúde – 2005) e “Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde” – o Pet-Saúde lançado em 2008 com reformulações recentes, sendo a última de 2013 e em atividade até a presente data.

Estes programas possuem como principal eixo norteador a reformulação do ensino na área da saúde no reconhecimento da necessidade urgente de combater a especialização excessiva resultando em gastos excessivos e pouca resolutividade. Outra necessidade é a ampliação da visão de integralidade no processo saúde-doença, reconhecendo outras vertentes neste processo que não somente os aspectos biológicos, tudo isso vinculado ao fortalecimento do SUS e mais especificamente da Atenção Primária como principal estratégia de cuidado da população.

O Promed foi lançado sob o slogan: “Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde e educação”. A proposta era de promover a articulação entre o processo de formação com o sistema de saúde do país (SUS), para isso incentivando a reforma pedagógica das instituições formadoras (Rev. Saúde Pública, 2002).

O Pró-Saúde nasce com a proposta de ampliação para outros cursos da área da saúde como odonto e enfermagem, além da medicina, e tem a sua proposta de mudança no ensino da saúde direcionada para a superação do modelo de formação hegemônico hospitalar e biologicista (BRASIL, 2005).

O Pet-Saúde lançado em 2009 e ainda atuante opera sobre o princípio orientador da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, onde o objetivo

principal é a integralidade e humanização do cuidado na Atenção Primária (BRASIL, 2009).

A partir destes programas muitas escolas médicas propõem-se a reestruturar os seus currículos nos cursos de graduação, através de propostas inovadoras, como aconteceu na Faculdade de Medicina de Botucatu com a implantação da disciplina IUSC.

O que se pode observar a partir de tais políticas de incentivo foi o potencial das mesmas para “a reorientação da formação centrada em competências técnicas para a formação de profissionais com vivência sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na APS, com controle social, resultando em integração efetiva e permanente entre formação na saúde e serviços de saúde” (OLIVEIRA et al., 2008, p.334)

A Atenção Primária como cenário de prática, uma das propostas centrais nestes processos de mudança, é uma estratégia internacionalmente adotada na busca por desenvolver processos de ensino-aprendizagem dinâmicos e interativos, que valorizam não só o domínio cognitivo, mas também o afetivo, as relações interpessoais e a aproximação com a realidade de vida da comunidade (FERREIRA et al., 2007; SILVEIRA et al., 2006).

Neste contexto a APS se constitui no espaço promotor do diálogo entre o trabalho e a educação. O estudante, inserido na APS, desenvolve a sua percepção acerca do outro no cotidiano do cuidado, podendo também exercer a sua cidadania, contemplando as recomendações estabelecidas pelas DCN (ALBUQUERQUE, 2008; LAMPERT, 2009).

O que temos, então, como recomendação primordial é a transformação do ensino médico baseada nas DCN e focada no ensino na APS (DERMAZO et al, 2012). A entrada no campo da APS deve acontecer logo no início da graduação, em pequenos grupos de alunos sob a supervisão de um tutor, a permanência no campo deve estender-se ao longo da graduação com diferentes níveis de complexidade, recomendação que orienta o exercício da IUSC, inicialmente com o trabalho em pequenos grupos e o compromisso com uma área pequena e ao longo de tempo assumindo um compromisso maior com a comunidade. A formação deve estar focada em uma prática generalista, envolvendo diferentes disciplinas da grade curricular de maneira integrada, possibilitando ao aluno a vivência em atividades diversas de atenção: consultas agendadas, ações programáticas, estabelecendo a prática como

elemento chave no processo de ensino-aprendizagem, desenvolvendo no aluno a capacidade de direcionar um novo olhar para o SUS (ALBUQUEURQUE, 2007; MARIN, 2007; MASSOTE, 2011).

Assim como em relação aos cenários de prática, são inúmeras as discussões sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem e sua aplicação no ensino superior, sobretudo na área da saúde, pois várias são as questões que têm incentivado a adoção destas no sentido de contemplar as novas diretrizes e perspectivas recomendadas no processo de ensino-aprendizagem e o perfil do profissional almejado na área referida.

A recomendação para a formação na área da saúde é desenvolver no aluno um papel mais ativo no seu processo de aprendizado e formação, capacitando-o para o “aprender a aprender”, que deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a ser, o aprender a fazer e o aprender a conviver, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade (VILARDI, CYRINO, BERBEL, 2014).

Na disciplina IUSC a problematização é a metodologia de ensino aplicada em seus cenários de prática. A intenção de usar as metodologias ativas, até em contraposição à fundamentação de todo currículo da nossa escola médica (FMB), formatado de maneira tradicional, encontra apoio no direcionamento das DCN e o novo perfil do profissional de saúde recomendado, tendo as seguintes metodologias como cooperadoras para a postura ativa do aluno na busca do conhecimento e formação preconizados (VILLARDI, CYRINO, BERBEL, 2014).

O ensino na comunidade tem se lançado também para a prática clínica, o que acaba por estimular o protagonismo do estudante, abrange habilidades como a comunicação e interação entre os sujeitos da clínica e alcançando assim uma formação mais prática e menos teorizada. O aluno tem a oportunidade de vivenciar os problemas da clínica prevalentes na APS (TROCON, 1999).

O ensino da clínica na APS acaba por contemplar um dos grandes desafios encontrados na educação médica que é a desarticulação entre a teoria e prática, estudo e processo de trabalho, pois o que se tem discutido muito é que a formação profissional desvinculada da prática em serviço acaba por influenciar diretamente na qualidade do atendimento estendido à população (LAMPERT, 2002; REGO, 2011).

Pois o que não se quer mais na atenção à saúde são atitudes como desconsideração e desvalorização da relação médico-paciente e vínculo, atitudes e

posturas que já provaram ineficiência na resolução das demandas prevalentes nos serviços de saúde. A formação formatada dentro da proposta de teoria sem prática e competência técnica sem competência ética não deveria mais ser praticada no ensino médico (REGO, 2011).

O ensino da clínica na APS busca confrontar o “modelo de formação hegemônico, dentro das escolas médicas, caracterizado como individualista, biologicista, hospitalocêntrico e com ênfase nas especializações”, uma vez que tal modelo, como já discutido, tem se mostrado ineficiente na formação do médico com perfil desejado pelas DCN, em consonância com a necessidade de recursos humanos solicitada pelo SUS, qual seja aquele profissional com capacidade para compreender a saúde, a partir de um conceito mais amplo: no “paradigma da integralidade” (LAMPERT, 2002).

Cunha (2005) discute algumas peculiaridades da clínica na Atenção Básica que a diferencia atenção hospitalar, ao mesmo tempo em que norteiam o caminho para o ensino da clínica neste nível de atenção. Quais sejam: a possibilidade de resolução dos problemas na APS em proporção muito maior a mesma no setor hospitalar, o que a faz merecer especial atenção como cenário de formação ao profissional de saúde; o comprometimento com a terapêutica e não com o diagnóstico; a busca pela qualidade de vida como critério de eficácia; o seguimento longitudinal e não relacionado somente à agudização do quadro, dentro do processo de adoecimento; a possibilidade de negociação e a relação estabelecida entre os sujeitos: profissional e paciente.

Portanto, uma atenção deve ser dada para a questão que não se trata somente na mudança de cenário para o ensino da clínica. A valorização de outros cenários é premente, porém em muitos momentos ainda se reproduz, neste novo local, o modelo de ensino e práticas focados no binômio organismo-doença, e repetindo assim o velho paradigma clínico biomédico que se busca desapoderar no contexto da escola e prática médica. A proposta central está na mudança de atitude e não somente do local, até mesmo pelas particularidades deste novo cenário, algumas delas citadas acima (PARAGUAY, 2011).

E isso foi possível observar durante a prática clínica na IUSC III, com alguns grupos de alunos e tutor, quando mesmo a disciplina acontecendo integralmente no cenário da APS, a ênfase era dada ao diagnóstico biomédico, a prática fragmentada,

o paciente sendo desvalorizado enquanto sujeito da clínica e a terapêutica predominantemente medicamentosa.

Assim, num movimento de dicotomias e contrates, comuns na IUSC III, em muitos outros grupos, reconheceu-se uma grande evolução na proposta de ensino na rede básica e a incorporação pelos alunos e tutores de uma prática humanizada, integral e com abordagem biopsicossocial, contemplando as particularidades deste nível de assistência e as recomendações pedagógicas da disciplina.

Enfim o presente trabalho, frente aos avanços, aos contrates, às potencialidades e fragilidades da disciplina IUSC e sua proposta de ensino, se propõe a discutir a contribuição das estratégias pedagógicas e metodologia adotadas para a prática de assistência preconizada: a Clínica Ampliada na APS.

1.2 Interação Universidade Serviços de Saúde e Comunidade (IUSC) do programa à disciplina e os desafios da sua implantação

A faculdade de medicina de Botucatu (FMB), criada há pouco mais de meio século, tem uma longa trajetória de ensino médico na comunidade, carregando na sua bagagem uma quantidade expressiva de experiências bem sucedidas, sendo um destaque, entre elas, a disciplina Interação Universidade Serviços de Saúde e Comunidade, a IUSC. A mesma que começou como uma proposta de ensino interdisciplinar na comunidade, logo se estruturou como programa e hoje compõe um conjunto de disciplinas: IUSC I, II e III dirigido aos três e dois primeiros anos de graduação em medicina e enfermagem respectivamente.

A Faculdade de Medicina de Botucatu e o ensino médico na comunidade

A FCMBB (Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) criada em julho de 1962, está localizada no campus de Botucatu, São Paulo. Criada como um curso inovador e integrado, a FMB há quarenta anos desenvolve práticas de ensino médico na comunidade no cenário da Atenção Primária à Saúde, sendo em muitos momentos a instituição pioneira no referido campo em nosso país. Atividades estas que aconteceram sob a influência de diversos movimentos de reforma médica, dentre os quais destacam-se a “Medicina Preventiva e Medicina Comunitária” (CYRINO e MAGALDI,2002).

Nessa trajetória, a FMB tem promovido um estreitamento do diálogo com a comunidade e os serviços de saúde, e com estas experiências de ensino extra-hospitalar, o que se busca é a formação de profissionais numa lógica de processo de ensino-aprendizagem vinculado a essa interação e visando à qualificação da assistência à saúde da população bem como a transformação social (CYRINO, 2005).

A FMB oferece dois cursos de graduação, em medicina e enfermagem, com um total de 120 vagas, noventa e trinta respectivamente. Composta por 13 departamentos de ensino, apresenta-se como um dos vestibulares mais concorridos do país para o curso de medicina (relação candidato/vaga para o vestibular de 2018: 312,7).

O atual currículo da FMB tem uma composição mista, disciplinar, mais dirigida à atenção individual ao paciente e com parte significativa da carga horária ainda realizada no interior do hospital universitário com pacientes ambulatoriais ou em regime de internação (CYRINO, 2005; ULIANA, 2010). Dada essa composição curricular disciplinar há excessiva fragmentação de conhecimentos, que pode representar um obstáculo a uma formação profissional orientada pela integralidade do processo saúde-doença. As práticas de ensino da atenção primária em saúde são partes ainda pequenas do currículo, representando apenas 12,5% do curso médico (CYRINO, 2005; ULIANA, 2010).

É importante trazer que essa limitação é mencionada pelos alunos, que na presente etnografia, apontam a insegurança quando diante da prática médica na comunidade. Na disciplina IUSC III, trabalhando na lógica da integralidade, justificam a dificuldade para tal processo, uma vez que até aqui viram tudo separado, fragmentado e ultra especializado.

A sua integração com a comunidade vem desde a sua criação e sempre aconteceu em consonância com os movimentos de reforma médica. Uliana (2010) em sua dissertação de mestrado apresenta as principais experiências de ensino na comunidade da FMB correlacionando-as ao movimento de reforma em destaque no período correspondente.

A primeira experiência de ensino extra-hospitalar aconteceu em 1969, em um bairro rural do município, onde foi implantada uma unidade sanitária da "Fazenda Lageado". Um local de ensino aos residentes de Saúde Coletiva. A instituição do ensino médico na comunidade da FMB teve, neste momento, como pano de fundo a reverberação dos movimentos da medicina preventiva e comunitária e como nestes

movimentos a proposta era de prestar serviços médicos às categorias excluídas destes cuidados. Uma proposta de internato rural que logo expandiu-se para outros municípios. Neste mesmo período outro destaque deve ser dado à criação do Centro de Saúde Escola (CSE) em 1972, criado com a missão de ser um serviço de atenção primária e servir de campo de estágio para os alunos de graduação e residência médica (CYRINO, MAGALDI, 2002). Unidade auxiliar de ensino e pesquisa da FMB, o CSE cumpre a sua função de ensino há exatos quarenta e cinco anos, cabendo aqui destacar que foi o principal cenário de produção de dados da presente etnografia.

Um segundo momento de reestruturação do ensino médico na comunidade na FMB acontece através da ampliação das práticas de ensino em unidades da rede municipal de saúde de Botucatu. No cenário nacional estamos passando pela reforma sanitária, instituição da Constituição Federal de 1988 com a criação do SUS. Em Botucatu com a instalação de novas unidades básicas de saúde em diferentes bairros do município, estas passam a compor o cenário de ensino da FMB (ULIANA, CYRINO, 2010).

No início dos anos 1990, o que chamaremos aqui de um “terceiro período”, a FMB mantendo o seu ensino na rede de atenção básica do município, através do Departamento de Saúde Pública, é selecionada para o “Projeto UNI” que se traduzia como uma nova proposta de ensino na comunidade e apresentava como proposição central o desenvolvimento simultâneo de mudanças na universidade, nos serviços de saúde e na comunidade (ULIANA, CYRINO, 2010).

O financiamento da fundação idealizadora do “Projeto UNI” deveria ser direcionado para a ampliação de práticas de ensino na comunidade, instituição de metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem e reorganização das estruturas disciplinares. A FMB cumprindo com os critérios de seleção, mais uma vez investiu no ensino extra-hospitalar com práticas e metodologias inovadoras (ULIANA, 2010).

Já nas últimas décadas, compondo o que chamaremos de “quarto período”, o destaque deve ser dado às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, e aqui mais especificamente para o ensino médico, e os programas indutores dos Ministérios da Saúde e Educação como forma de incentivo e financiamento à reestruturação do ensino na área da saúde e à formação dos profissionais da mesma área.

É neste “quarto período” que surge na FMB a IUSC como produto dos movimentos recentes de reforma na educação médica no Brasil (ULIANA, 2010).

Os processos de mudança nas escolas médicas brasileiras, que buscaram reorientar as práticas de formação para a atenção primária à saúde, como exposto acima, podem ser divididos em dois grandes períodos históricos, que nos permitem visualizar de maneira mais clara diferenças marcantes em cada um deles e o impacto para o processo de formação do profissional médico nas instituições formadoras a partir das mudanças propostas. Um primeiro período que vai do início dos anos 1960 ao final da década de 1990 e outro, mais recente, que tem início na década de 2000. O que os diferencia essencialmente é que neste segundo período a proposição de reformas mais extensivas partem de demandas reconhecidas como necessárias para qualificar a força de trabalho de um sistema nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, propostas e implementadas pelo Estado para induzir mudanças no aparelho formador; enquanto, no primeiro período, os diferentes movimentos ou programas de mudança da educação médica, na perspectiva indicada inicialmente, são propostos por diferentes instituições nacionais e internacionais não governamentais que buscam a adesão das instituições de ensino.

A disciplina IUSC

A disciplina IUSC foi criada em 2003 como uma proposta de ensino desenvolvido na comunidade, orientada pelos princípios da integralidade e humanização do cuidado e pela introdução de inovações pedagógicas nesta prática de ensino-aprendizagem. A IUSC é um conjunto de disciplinas integradas de caráter supradepartamental, ligada ao Conselho de Curso de Medicina. Trabalha com pequenos grupos de alunos, sob a supervisão de um profissional, o tutor, inseridos em unidades básicas de saúde, com e sem estratégia de saúde da família.

Os seus objetivos gerais são: a integração de alunos, docentes, serviços e comunidade; bem como proporcionar ao estudante a compreensão das condições de vida da comunidade; aprimorar a habilidade de comunicação dos alunos, promover a integração dos conhecimentos clínicos e a assistência humanizada na prática da atenção primária à saúde (CYRINO, 2005; CYRINO, 2006; CYRINO et al, 2012).

Para a sua formação foi relevante o papel das Diretrizes curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina, inicialmente em 2001, que no cenário nacional foram fundamentais para a reestruturação do ensino médico neste momento. Propondo para o mesmo a valorização de espaços de ensino na comunidade, a incorporação de conteúdo de ciências sociais e humanas, a perspectiva de uma formação generalista, a busca pela recuperação da integralidade do cuidado e a

humanização da prática médica (BRASIL, 2001). Outro agente incentivador foram as políticas públicas de reorientação do ensino de graduação das ciências da saúde conhecidas como programas de incentivo à reestruturação do ensino na área da saúde (CYRINO, CYRINO, GODOY, 2014).

Estas políticas foram lançadas pelos Ministérios da Saúde e Educação em consonância com as DCN, e assim ofereceram apoio financeiro às escolas médicas selecionadas para estes programas, objetivando a implantação das mudanças propostas pelas DCN.

Os principais programas de apoio foram inicialmente o “Programa de incentivo a mudanças curriculares para o curso de medicina” (Promed 2002), que induziu a formulação do IUSC, o “Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde” (Pró-Saúde 2006) e o “Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde” (Pet-Saúde 2008) que viabilizaram o seu desenvolvimento e continuidade.

No início dos anos 2000 reacendem na FMB as discussões sobre a relevância de se buscar novos cenários de ensino. Um grupo representado por discentes e docentes da instituição, articula-se para a elaboração de uma proposta de trabalho no desejo de promover mudanças no ensino médico que respondessem às demandas do mesmo. Então no clima das DCN, a instituição se inscreve para concorrer aos editais dos programas dos ministérios da Saúde e Educação, sendo selecionada para todos eles. Quando selecionada para o Promed (2003) criou o programa IUSC, transformando-o em disciplina ao participar do Pró-Saúde (2005) e aprimorando a IUSC e fortalecendo-a quando contemplada para o Pet-Saúde (2008) (ULIANA, CYRINO, 2010).

Neste contexto a IUSC foi estruturada, com o apoio do governo federal, através dos citados programas do Ministério da Saúde, e “com o objetivo de desenvolver nos estudantes uma maior compreensão do que seja saúde, enquanto política pública da sua formação, enquanto futuro profissional desta área, do seu compromisso histórico enquanto cidadão, enquanto habitante deste país e como parte integrante da construção da sua história”, tendo como espaço para esta prática a comunidade e seus equipamentos (CYRINO, et al 2007, p.9)

E com o objetivo de coordenar o ensino de graduação médica dentro da universidade, vislumbrando as orientações das DCN, neste momento (2001) foi criado o Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) da Faculdade de Medicina de Botucatu. O NAP

passa a ter um papel fundamental na formulação, instituição e desenvolvimento da disciplina IUSC durante todos os anos da sua implantação.

Desde a sua criação como programa inicialmente para o primeiro ano de graduação médica e na sequência para o segundo e terceiro, a IUSC sempre foi bastante procurada pelos alunos até adquirir o status de disciplina. No primeiro ano que foi oferecida ao terceiro ano, como disciplina optativa, a procura foi grande e a limitação para oferecê-la a todos os alunos interessados deveu-se à restrição do sistema municipal de saúde, quanto ao espaço físico e ao número de unidades que pudessem receber os alunos (ULIANA, CYRINO, 2010).

Quanto ao apoio para a sua implantação, estudos mostram que a direção da FMB na época da sua criação concedeu grande apoio aos formuladores da disciplina, acreditando em seu potencial. As discussões em torno da estruturação e implantação da IUSC envolveram além da direção da instituição, docentes da FMB e do Instituto de Biociências da Unesp, estudantes de medicina, representantes da Secretaria Municipal de Saúde e comunidade local (ULIANA, CYRINO, 2010).

A Secretaria municipal de Saúde teve um papel fundamental neste momento auxiliando na indicação e escolha das unidades que participariam do programa. Na época um atraso da inauguração das unidades de saúde da família apresentou-se como um obstáculo e fez com que a proposta neste momento fosse centrada no território (ULIANA, CYRINO, 2010).

A interação com o serviço municipal de saúde é fundamental para a operacionalização da disciplina, uma vez que os cenários de prática pertencem a rede municipal, bem como a maior parte dos tutores da disciplina são cedidos para a mesma em parte do seu horário de trabalho. Durante a minha permanência na disciplina foi possível observar que esta interação acontece com muitos pontos positivos, havendo necessidade porém de uma melhor articulação em alguns momentos como será discutido mais oportunamente na tese.

A IUSC inicia-se com atividades de ensino aprendizagem em diferentes locais da comunidade como bairros, domicílios, escolas, creches e unidades básicas de saúde da rede municipal – UBS e USF. A proposta inicial era de que o ensino na comunidade fosse desenvolvido do 1º ao 6º ano de graduação médica, organizado em pequenos grupos de alunos, sob a supervisão de um tutor, e que estes grupos frequentassem regiões da área de abrangência das unidades básicas de saúde da rede municipal de Botucatu e nela permanecessem durante todos os anos da

graduação. Porém esta estruturação é garantida no 1º e 2º ano da disciplina. Quando os alunos passam para o terceiro ano de graduação, nem sempre é possível mantê-los na mesma unidade que frequentaram a IUSC I e II. E isso é devido principalmente à estrutura física e organização do processo de trabalho nas unidades, que nem sempre suporta a atividade de consulta médica supervisionada realizada pelos alunos no terceiro ano da IUSC. A maior parte das unidades são pequenas, apresentando dificuldade para a disponibilização de salas para tal atividade, outra questão é a escassez de médicos dispostos a serem tutores da disciplina neste momento, além de uma dificuldade de organização interna que algumas unidades apresentam quanto ao recebimento de alunos e inserção dos mesmos no processo de trabalho e até estruturação de uma atividade para os mesmos.

E esta mudança de unidade no terceiro ano da graduação é um fato bastante criticado pelos alunos, como tenho observado nestes anos como pesquisadora inserida na IUSC III. Ao iniciar o terceiro ano, já nas primeiras aulas de apresentação da disciplina os alunos querem muito saber se estão na mesma unidade dos anos anteriores, e quando isso não foi possível são bastante críticos demonstrando um desapontamento grande. Já quando a permanência na mesma unidade acontece, os alunos avaliam positivamente esta continuidade, principalmente pelo já conhecimento da área e sua população, o que segundo os mesmo apresenta-se como um ponto positivo na assistência que agora farão a esta comunidade, além de valorizarem a interação e muitas vezes o vínculo já estabelecido com a equipe.

A metodologia de ensino-aprendizagem proposta para IUSC foi a educação problematizadora desde a sua implantação e que permanece atualmente, sendo recomendado a exposição dos alunos aos problemas reais da comunidade com observação da realidade. Segundo uma das formuladoras do projeto o professor “deve refletir com o aluno, exigindo a disponibilidade de pesquisar, de acompanhar e colaborar no aprendizado crítico do graduando” (CYRINO, et al., 2006, p.75).

A proposta metodológica também tem sido um grande desafio à disciplina até os dias de hoje, uma vez que o ensino na FMB está estruturado no modelo tradicional de ensino: disciplinar, fragmentado, hierarquizado, centrado na figura do professor. E para a IUSC manter esta proposta inovadora com o uso de uma metodologia baseada na educação problematizadora exige um esforço grande da equipe de coordenação da disciplina que constantemente está investindo na formação e preparação da equipe de tutores.

A proposta inicial era de contar com docentes da universidade no quadro de tutores da disciplina (ULIANA, CYRINO, 2010), porém vale a pena ressaltar que este número é bem pequeno, pois nos seus quinze anos de implantação não foi oficialmente cedido nenhum docente para a IUSC, e os mesmos quando participam, isso se dá através de acordos internos e frágeis. Esse fato leva a disciplina contar com a disponibilidade de colaboradores, que quando há a possibilidade são contemplados com um incentivo financeiro advindo dos programas de incentivo do governo federal, sendo o último em vigor a bolsa concedida pelo Programa Pet-Saúde. Porém a instabilidade política que estamos vivenciando nos coloca em vários momentos desprovidos desse auxílio o que leva muitos tutores a se afastarem da disciplina, tornando-se sempre muito flutuante a permanência dos mesmos.

Manoel e Cyrino (2014), em seu estudo nos trazem uma caracterização dos professores tutores da disciplina e também aspectos do seu processo de formação. Os autores trazem a importância do processo contínuo no trabalho de formação de professores. Participam e participaram como tutores da disciplina profissionais da área de biologia, comunicação social, enfermagem, fonoaudiologia, medicina, nutrição, pedagogia, psicologia, entre outros, que trazem uma imensa colaboração de acordo com os diferentes olhares e significados ao trabalho em equipe. A seleção acontece pelo interesse que os mesmos apresentam com relação a atividades educacionais.

As reuniões de capacitação acontecem quinzenalmente no IUSC I e II, e mensalmente no IUSC III. Nas reuniões são discutidos o conteúdo programático da disciplina e alguns temas como o trabalho de grupo, a problematização como metodologia de ensino-aprendizagem (MANOEL, CYRINO, 2014).

A grande rotatividade dentre os professores tutores da disciplina IUSC é vivenciada como um grande desafio para a equipe de coordenação.

Esta inconstância na permanência de tutores é marcante de um ano para outro. O que pude observar é que ao iniciar o ano os tutores colaboram até o final do mesmo e portanto essa realidade faz com que haja a necessidade de reuniões e preparação constante para o exercício do papel de tutor. As reuniões acontecem de maneira mais regular na IUSC I e II, já no terceiro ano, os tutores sendo médicos, têm dificuldade para a liberação dos seus locais de trabalho e participação nas reuniões de capacitação propostas pela coordenação, outro obstáculo a sua participação se deve à realidade comum dos plantões e manutenção de outros vínculos de trabalho com carga horária exaustiva.

Até mesmo na atividade de discussão de casos ampliada, que contempla o cronograma da IUSC III, não conta com a participação dos tutores da disciplina, uma vez que acontece na central de salas de aula da FMB, portanto fora das unidades de saúde. O que não representa uma grande justificativa para não participação dos tutores, pois realizando a observação participante da prática da IUSC III, nas atividades de discussão de casos na própria unidade onde o tutor acompanha os alunos e sendo esta sua unidade de trabalho, o mesmo não pode participar. Uma vez que não foi liberado pela gerência da unidade para uma atividade que não seja de assistência, e a discussão acontecia na sua unidade de trabalho, com o seu grupo de alunos acompanhados na IUSC e no seu horário destinado à disciplina.

E para a superação e enfrentamento destes desafios, adequações vêm sendo realizadas ao longo deste processo, com muito empenho da equipe de coordenação da disciplina que é composta, ainda, por muitos de seus idealizadores e formuladores. Eu não acredito ainda numa disciplina pronta, mas sim numa disciplina em construção, com aspectos riquíssimos e com grande potencial para a transformação do ensino médico. Aspectos estes que tem me trazido muita satisfação para trabalhar na disciplina como tutora e pesquisadora.

E como venho discutindo muitos são os desafios desde a sua implantação como, por exemplo, contar com o número suficiente de professores tutores e habilitá-los para a proposta de trabalhar com a metodologia ativa de ensino- aprendizagem. Já no momento do ensino da clínica no terceiro ano, trabalhar com a proposta da Clínica Ampliada e Compartilhada. Muitas vezes nesta trajetória de pesquisa senti como se a IUSC fosse uma embarcação navegando na contramão da correnteza, e isso trago da minha experiência não só de pesquisadora, mas também como tutora da disciplina, colaborando e me beneficiando de um aprendizado imenso com o grupo de tutores da IUSC I, na qual participei durante quatro anos. E aqui faço uma reflexão pessoal, de uma dificuldade minha em particular, que em muitos momentos da disciplina me vi com uma limitação grande de trabalhar na lógica da problematização, uma vez que trago até aqui uma formação na lógica do conhecimento centrado no professor como único detentor e transmissor deste, na exposição a aulas tradicionais no modelo da educação bancária, quando me vejo diante de um grupo de alunos e com a missão de construir conhecimento de maneira articulada e integrada, embora seja esta proposta de ensino aprendizagem que eu acredite hoje, tenho que confessar aqui o quão difícil é tal prática.

CAPÍTULO 2 – O processo de ensino-aprendizagem da clínica na Atenção Primária à Saúde

2.1 Da clínica da biomedicina à ampliação da clínica

O nascimento da clínica, na segunda metade do século XVIII, marca uma ruptura no modo como o físico realizava a sua prática de assistência aos doentes. A fusão do físico e do prático cirurgião-barbeiro em um novo personagem - o médico - é parte do processo que se desenrola até o início do século XIX, estruturando uma nova forma de assistir os doentes: a Medicina Moderna, orientada pela fisiopatologia e outras disciplinas – fisiologia, anatomia, etc. - que darão base a esta medicina científica. Trata-se, portanto, de um novo olhar, um olhar dirigido a esquadrihar o corpo biológico para localizar a lesão anatomopatológica no corpo doente (FOUCAULT, 1977)

Esta Medicina Moderna que se estabelece no início do século XIX vai assumir, até aproximadamente 1930, uma conformação de prática artesanal ou de uma Medicina Liberal, dado que o médico ainda controla seus meios de produção, ainda bastante limitados, bem como estabelece de modo direto com seus pacientes seu “contrato”, mediante honorários profissionais (SCHRAIBER, 1993).

Já em nosso tempo, esta Medicina precisa ser requalificada dada a expressividade de seu processo de transformação. Tal mudança começa a se esboçar no período de 1930-50, estruturando-se de modo mais generalizado a partir dos anos 1950 sob a forma de uma Medicina Tecnológica. Esta transformação e suas repercussões podem ser examinadas enfocando-se o trabalho médico nestas fases da Medicina Moderna: artesanal e tecnológica. Assim, podemos sinteticamente perceber que o médico liberal, isolado e autônomo, do século XIX e início do XX, assume a característica de um trabalho de cooperação de diferentes profissionais médicos e de outras profissões hoje. Há uma divisão do trabalho médico em dois sentidos: de um lado, incorporando as diferentes especialidades médicas e até mesmo outros profissionais com áreas de atuação complementares (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, etc.); e de outro lado, aquelas parcelas mais “manuais” do trabalho foram assumidas por outros profissionais, como é o caso da equipe de enfermagem. Uma das consequências deste processo foi uma evidente especialização da prática que teve como decorrência uma fragmentação do ato médico individual. Embora com o especialista de saúde, isto leva à perda no cuidado

ao indivíduo se reconhecermos que suas necessidades não estão restritas à dimensão biológica da doença. Quanto ao saber que o médico utiliza em seu trabalho é interessante notar a passagem de uma prática produzida principalmente com base no conhecimento técnico e na experiência profissional do próprio médico e, portanto, assentado quase exclusivamente na Clínica, para outro momento em que este passa a dispor de inúmeros recursos diagnósticos e terapêuticos e que levaram a um exercício mais técnico e impessoal da relação médico-paciente (SCHRAIBER, 1993).

O nascimento da clínica, como ela se configura hegemonicamente na atualidade, advém da medicina moderna quando o domínio do corpo e a objetivação da doença afastou a subjetividade da prática médica e marcou a medicina como ciência e empreendimento racional e, por fim, modulou a percepção do médico ao paradigma da teoria das doenças. O saber médico agora desconsidera questões relativas à subjetividade humana e aos valores do homem (FOUCAULT, 1977). A clínica vai se construindo historicamente como fruto da trajetória política e epistemológica da sociedade moderna e também articulada às políticas públicas, definidoras, pelo menos na teoria, do modo pelo qual se exerce a medicina (BEDRIKOW, CAMPOS, 2015).

Para Madel Luz (1988) o surgimento da racionalidade anátomo-clínica inserida na racionalidade científica moderna mecanicista levou ao direcionamento da medicina no sentido de desviar-se da arte de curar indivíduos para transformar-se na disciplina das doenças.

O discurso médico direciona-se pelos critérios da cientificidade e fundamentos e práticas que organizam a medicina moderna. O corpo passa a ser controlado pela disciplina e pelo tecnológico. No século XX, a medicina está aliada aos conhecimentos da nova tecnologia que trazem grandes mudanças à prática médica e, conseqüentemente, é como se a clínica estivesse abstendo-se do leito, do debruçar-se sobre o paciente. E neste período, assim como a medicina, a clínica deixa de lado a perspectiva humanista da sua prática devido ao nível de especialização que adquiriu (MOREIRA et al, 2007).

A clínica remete-se aos acontecimentos durante o encontro que se dá entre dois sujeitos: o profissional e o doente, a equipe e o doente, tendo como pano de fundo o binômio saúde-doença. A clínica presente nas primeiras formas da medicina constituía toda a sua plenitude, tínhamos a medicina à beira do leito significando o ato de cuidar, já a clínica decorrente da medicina moderna referindo-se também à

atividade à beira do leito apresenta como objetivo principal examinar as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento (FOUCAULT, 1977; SOUZA, 1998; CUNHA, 2004; KENNETHY, 2005).

Para MERHY (1998) a clínica não refere-se só ao saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde sob o paradigma do biologicismo, mas também a um processo de produção de relações e intervenções a partir de um compartilhamento envolvendo as necessidades dos usuários e os modos de agir, usando a tecnologia disponível pelos profissionais de saúde. Já Favoretto (2008, p.102) considera a clínica “como uma prática social, situada no campo da atenção e cuidado integral às necessidades de sujeitos em seu processo de adoecimento, sofrimento e busca pela preservação da vida”. Os trabalhadores da área da saúde, todos sem exceção, de uma forma ou de outra fazem clínica. A mesma se constituiu como o campo principal no qual se articulam as “tecnologias leves” e outras formas de tecnologia para o ato de cuidar. E neste contexto da clínica os usuários buscam em seus encontros com os trabalhadores de saúde a produção de espaços de acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 1998).

O que pretendo discutir neste capítulo são os impasses da clínica tradicional, descendente da biomedicina, voltada essencialmente ao corpo e à doença e a clínica voltada ao sujeito singular, a qual alguns autores referem-se como as outras clínicas.

O que observamos é um verdadeiro duelo entre a clínica da doença e a clínica que amplia o seu olhar ao sujeito doente e suas experiências com o adoecimento.

Pensar na clínica é, portanto, refletir no papel do médico ao longo da história da civilização, que teve muitas variações, principiando com a medicina sacerdotal. O papel do médico como um sacerdote vem da figura de alguém com poderes para salvar vidas e aliviar o sofrimento, a medicina tinha a sua aparência de divindade, sendo praticada pelo sacerdote com uma conotação religiosa. A seguir nos deparamos com a medicina hipocrática dotada de pensamentos relacionados à natureza humana articulada com a lógica, trazendo a ideia indissociável entre formação médica e formação humanística, sendo o homem avaliado em uma visão mais ampla. É só no século XVIII que o saber médico se afasta da Filosofia do Homem apoiada no florescimento da filosofia cartesiana e no despertar das ciências naturais e do espírito científico, levando a separação entre a vida objetiva e subjetiva do corpo.

Assim o homem que julga, sofre, escolhe e avalia não pertence mais ao saber médico, agora o destaque é para o homem anatomofisiológico, o que afastou o médico do saber humanista, ele passa agora a lidar com os eventos físicos e materiais (PESSOTI, 1996).

A medicina se agarra à pesquisa científica balizada pelo empirismo, e a ciência trata daquilo que é observável empiricamente, neste contexto o conhecimento seguro apoia-se em objetos concretos, e o saber médico rejeita aquilo que se refere à subjetividade humana e aos valores do homem, a preferência é pela explicação científica da realidade, sem considerar outras possíveis explicações. “A medicina neste momento não trata mais de homens, mas de corpos doentes”. (PESSOTI, 1996; BEDRIKOW, CAMPOS, 2015).

Baseada nos fundamentos da física, química e matemática e somando-se os avanços em áreas como bacteriologia, bioquímica, farmacologia, a medicina passa a entender melhor o funcionamento do corpo, diagnosticando e tratando melhor as doenças, porém na contrapartida passou a negligenciar que o seu objeto de estudo, o homem, como um ser social, pertencente a uma família e uma comunidade (BEDRIKOW, CAMPOS, 2015).

Foucault (1977) em seu livro “o nascimento da clínica” discute a racionalidade da prática médica a partir da dominação do corpo e a objetivação da doença que transportou a prática médica para longe da subjetividade, marcando a medicina como ciência e empreendimento racional. O mesmo autor afirma que foi a ciência que mais direcionou o jeito de clinicar (PARAGUAY, 2011).

E bem mais tarde esses saberes são qualificados pelas Ciências Humanas ou Humanidades, e isso acontece quando há o reconhecimento de que aquilo que não se observa pode ser natural ou quando se reconhece que os fenômenos naturais nem sempre podem ser observados diretamente (PESSOTI, 1996).

Na segunda metade do século XX, a evolução das ciências humanas e as constantes críticas à metodologia científica desencadeou um movimento de crise ao cientificismo e o saber médico acabou por abalar-se também, revelando-se precário como qualquer saber científico. Momento no qual as práticas clínicas revelam que as patologias estão cada vez mais ligadas aos processos emocionais, como um possível reflexo de dramas e carências sociais, e que leva o médico a perceber que a ciência, pilar do seu processo de formação, não o socorre diante de um paciente real, um ser biopsicossocial, ou seja, que a sua formação construída para dar-lhe as ferramentas

para o atendimento de um paciente padrão, teórico, virtual não é suficiente na prática clínica real (PESSOTI, 1996).

Neste contexto há um questionamento quanto à possibilidade de ampliação do olhar clínico na direção da integralidade do cuidado, objetivando a ampliação dos saberes e técnicas da profissão médica para além de um modelo biomédico restritivo (FAVORETO, 2008). Pois se, por um lado, houve um aumento significativo na capacidade de intervenção sobre a saúde dos indivíduos com o advento da medicina tecnológica, por outro, surgem desafios a serem superados como o alto custo da assistência médica, a desumanização da prática, a fragmentação do ato médico individual e a iniquidade de acesso à tecnologia e aos serviços de saúde (SHCRAIBER, 1993). Esta medicina tecnológica conforma-se como uma Biomedicina em função da centralidade na doença, redução do corpo humano ao biológico e na ênfase que se dá aos recursos tecnológicos comprometendo a subjetividade das relações (RIOS, 2010).

Um outro desafio refere-se à perspectiva fragmentada e fragmentadora, com a qual a biomedicina se desenvolve, além da hierarquização implícita nos saberes médicos e o poder estabelecido sobre a doença a nível orgânico, assim como a baixa resolutividade dos problemas de saúde que a clínica tradicional vem demonstrando, emitindo sinais de crise nas dimensões política, pedagógica e social (FAVORETTO, 2008; PARAGUAY, 2011). A clínica oficial ou tradicional, a clínica da biomedicina – a clínica tem a doença como único objeto de trabalho e desresponsabiliza-se pela integralidade dos sujeitos. Acontece a responsabilização pelas enfermidades e não pela pessoa do enfermo. É a clínica que predominantemente se ensina nas escolas médicas e se pratica (BEDRIKOW, CAMPOS 2015).

A partir desta perspectiva, a de superação desta clínica tradicional que opera com a supervalorização das questões biológicas, desconsiderando as dimensões subjetiva e social do sujeito é que Campos (2003) propõe a Clínica Ampliada e compartilhada: a clínica do sujeito. A sugestão inicial é incluir o sujeito singular e o seu contexto no processo de adoecimento, sem contudo, desconsiderar a doença e os recursos tecnológicos empregados no diagnóstico e tratamento. Outras propostas de superação para o método clínico tradicional também foram sugeridas e praticadas, porém, como no campo dessa pesquisa a proposta de trabalho é o ensino

da Clínica Ampliada vou me ater a este conceito de clínica em contraste com a clínica da biomedicina.

A Clínica Ampliada, enquanto tecnologia de atenção, à saúde se fundamenta com: a singularização do atendimento clínico, o seguimento longitudinal dos casos, a ampliação do grau de autonomia do sujeito, a construção de vínculo entre os sujeitos da clínica (profissional-paciente), a valorização da escuta e a superação da fragmentação do cuidado (CAMPOS, 2007; CUNHA, 2005). “Em outras palavras, na Clínica Ampliada o compromisso é com o sujeito e a sua capacidade de produção de sua própria vida, abrindo-se para perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento” (CUNHA, 2004, p.73).

A Clínica Ampliada vai propor o “deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, no caso portador de alguma enfermidade” (CAMPOS, 2003). A ampliação também dirigiu-se aos meios de trabalho na assistência individual, familiar ou a grupos, reconhecendo a clínica dos diferentes profissionais de saúde, deslocando a centralidade da clínica do profissional médico (BEDRIKOW, CAMPOS, 2015).

A proposta deste modelo de clínica ampliada mostra a sua potência ao dar conta daquelas queixas que tendem a ser ignoradas, uma vez que não se enquadram em um diagnóstico convencional da biomedicina. Os portadores destas queixas não diagnosticadas pela biomedicina acabam por serem enquadrados em classificações bastante pejorativas, e tendo a sua experiência de adoecimento deslegitimada do sofrimento, o que reforça a separação entre o corpo e a mente que acontece no materialismo científico, ao mesmo tempo em que ignora as implicações morais e os significados simbólicos da enfermidade (CANESQUI, 2007).

A superação da clínica biomédica no que se refere à prática médica deve ser pensada e estruturada no processo de formação do médico. Em sua formação, durante a graduação, o futuro médico é preparado para aquisição de muitas competências ligadas ao domínio técnico, ético e relacional. As diretrizes curriculares para o curso de medicina trazem como preceitos fundamentais neste processo de formação profissional o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, valores éticos e atitudes empáticas com o sofrimento do outro, que hoje em dia se mostram aspectos muito comprometidos na prática deste profissional, o que acaba por trazer consequências para a qualidade da técnica em seu processo de trabalho (RIOS, SHARAIBER, 2012).

No entanto este é um trabalho árduo, pois estamos muito aquém ainda de uma prática humanizada pautada nos fundamentos da Clínica Ampliada. Pois a clínica biomédica tem uma presença esmagadora na prática profissional e no processo de formação nas profissões da saúde. Ainda que teoricamente a Clínica Ampliada demonstre a sua potência, na prática a clínica oficial sustenta a sua hegemonia, seja pela supremacia da ciência positivista ou pelo interesse de grupos sociais detentores do poder (BEDRIKOW, CAMPOS 2015).

Estudos apontam grandes dificuldades e resistência para o desenvolvimento da prática humanizada, sendo uma das causas apontadas o processo de formação essencialmente centrado na competência técnico-científica em seu modelo biomédico e tecnicista, uma vez que o saber biomédico exerce uma sedução sobre alunos e profissionais, deixando de lado a essência da existência humana e os aspectos subjetivos do encontro na clínica (RIOS, SHARAIBER, 2012).

No campo da prática movimentos de reforma têm procurado superar a lógica da clínica biomédica e tecnológica e algumas medidas têm sido estimuladas como a aproximação dos serviços de saúde das reais necessidades de saúde da população, o estímulo à horizontalização das relações entre profissionais e pacientes, promovendo uma relação mais dialógica, assim como a incorporação de novos saberes e práticas que fortaleçam as ações básicas, principalmente em novos cenários de atenção (FAVORETTO, 2008).

No cenário de formação deste profissional, para combater a formação essencialmente tecnicista tem-se buscado uma série de mudanças como a inclusão de disciplinas de humanidades médicas nos currículos, a aproximação precoce ensino-serviço, valorizando a Atenção Primária e a comunidade como cenários de prática no processo de ensino-aprendizagem e o uso de narrativas médicas (RIOS, 2008; FERREIRA et al, 2007; SILVEIRA, et al, 2006; GROISMAN, 2006).

Porém todos os movimentos e propostas de reforma ainda se dão de maneira insipiente e com muita dificuldade devido à soberania da clínica biomédica que vem associada ao fascínio pela tecnologia entre médicos, estudantes e população em geral (RIOS, 2008).

Considero importante também trazer o que alguns autores apresentam como contribuição da clínica tradicional para o modelo de clínica que se propõe no momento atual, como a racionalidade de muitas teorias e práticas, em contraste com o poder absolutista e a imposição de dogmas fortemente ligados à religião, houve

também a conservação dos modos de pensar e agir no método clínico empírico classificatório e raciocínio fisiopatológico da doença, além de desfrutar das descobertas bacteriológicas, o desenvolvimento tecnológico e da farmacologia (BEDRIKOW, CAMPOS, 2015; FAVORETO, 2008).

A disciplina IUSC III com a sua proposta de ensino precoce na comunidade e o ensino da clínica no terceiro ano de graduação médica, sendo uma clínica pautada na integralidade do cuidado, humanização da prática e amparada pelos princípios da Clínica Ampliada tem buscado transformar a proposta de formação deste profissional médico na expectativa da ampliação da clínica neste cenário de formação.

2.2 A Clínica Ampliada enquanto estratégia de cuidado

Tendo a integralidade e a humanização como desafios à formação de profissionais de saúde, pode-se reconhecer na proposta da Clínica Ampliada uma referência técnico-política para apoiar práticas de ensino-aprendizagem em cenários diversos, especialmente aquele da APS (CUNHA, 2005; TEIXEIRA, 2005).

A Clínica Ampliada consiste num conjunto heterogêneo de práticas, que em seu direcionamento busca uma maior eficiência e humanização no atendimento, onde o usuário do serviço de saúde passa a ser visto enquanto um sujeito biopsicossocial e não mais como um indivíduo doente (DHEIM, 2010).

A prática da Clínica Ampliada é a realização da clínica para além do exame complementar, da prescrição de medicamento. É a escuta, o vínculo e o afeto no cuidado do sujeito, a singularização do olhar para o sujeito doente, é a superação da fragmentação do cuidado, a responsabilização sobre os usuários dos serviços de saúde, é a valorização da intersetorialidade, reconhecendo os limites do conhecimento médico e das tecnologias empregadas, abrindo espaços para diferentes setores, além de assumir um compromisso ético profundo com o sujeito da clínica (BRASIL, 2007).

A proposta da Clínica Ampliada aponta caminhos para a superação da clínica tradicional e o direcionamento para a prática clínica mediante o estabelecimento do diagnóstico, considerando elementos da história de vida do sujeito, identificando fatores de risco e proteção e a valorização do papel terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial, além dos

fármacos e cirurgia (CAMPOS, et al., 2007). Como tal, a Clínica Ampliada pode ser considerada uma proposta de orientação para o trabalho e ensino na APS.

Para Camargo Júnior (2003) hoje temos uma assistência baseada na medicalização ocupando o lugar da integralidade que deveria estar presente entre as práticas e ensino de saúde. Para o mesmo autor, a integralidade deveria fazer parte das práticas de assistência, o que abriria caminhos para o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, viabilizando uma prática mais responsável, ávida por resultados das ações de atenção e capaz de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença.

A APS ao se constituir na principal porta de entrada para o sistema de saúde e possibilitando o seguimento longitudinal dos casos, sugere a assistência pautada na construção de vínculos entre a equipe e pacientes e o acompanhamento integral dos usuários, características que justificam o maior incentivo hoje concedido às escolas formadoras para desenvolver parte do ensino na atenção primária (CAMPOS, 2007). A APS, enquanto cenário de prática, abre caminho para uma relação mais vivaz entre os profissionais e os determinantes sociais e subjetivos do adoecimento que estão relacionados diretamente com as reais necessidades de cuidado da população assistida (FAVORETTO, 2008).

A disciplina IUSC ao propor o ensino na atenção primária tendo como proposta de atuação a Clínica Ampliada busca responder às questões de um ensino que contemple os princípios do SUS e o compromisso com a formação voltada ao aprimoramento dos serviços de saúde por ele prestados (CYRINO, 2006).

A prática da Clínica do Sujeito ou da Clínica Ampliada se beneficia muito da valorização do saber generalista e humanista que defende a integralidade do cuidado com vínculo afetivo e estabelecimento de diálogo entre usuário e equipe que não está centralizado na doença, mas sim na situação de vida e saúde do paciente e nas suas condições psicossociais (HAFNER, 2010).

A Clínica Ampliada tem como objetivo a ampliação do grau de autonomia do usuário, família e comunidade. Para tanto, Campos (1999) sugere ações que proporcionem a promoção dos sujeitos fazendo-os capazes de compreender suas necessidades de saúde e corresponsáveis no processo de produção de saúde, para o mesmo autor outro caminho para a ampliação da clínica partiria da construção de vínculo entre o profissional e o usuário do sistema de saúde, sendo usados todos os dispositivos capazes de promover esta interação.

Desta forma, reconhece-se na proposta da Clínica Ampliada o recurso capaz de contribuir para a construção da clínica na Atenção Básica (CUNHA, 2004) e no ensino médico uma importante estratégia para a superação do que alguns autores chamam da sobrevalorização da dimensão técnico-científica da formação, ou seja, aqueles modelos pedagógicos centrados no conteúdo, nos quais o indivíduo é visto de maneira compartimentada, de acordo com as especificidades da clínica, o cenário de ensino eleito são os hospitais, a avaliação prioriza o domínio cognitivo, o acúmulo de informações técnico-científicas, além de valorizar a especialização precoce (CECCIM e FEUWERKER, 2004).

No estudo do “caderno do aluno” na disciplina IUSC III (GODOY, 2013) ao analisar as narrativas dos alunos com a lente da Clínica Ampliada, identificou-se a apreensão pelos mesmos de alguns dos princípios e fundamentos deste modo de atenção. Nas narrativas o aluno trata do acolhimento e vínculo na sua relação com o paciente, reconhecendo a sua importância para o sucesso da terapêutica proposta. O aluno também faz referência à consulta de retorno e ao seguimento longitudinal do paciente como um contribuinte para a formação do vínculo. Com relação à valorização da escuta e do diálogo pelo aluno na prática clínica e na relação médico-paciente, os cadernos trazem narrativas muito ricas a este respeito. Dados que estimularam a pesquisadora e despertaram o interesse de conhecer mais profundamente as percepções não só dos alunos, mas agora também de coordenadores e tutores da disciplina com relação às suas estratégias pedagógicas no ensino da Clínica Ampliada e o caderno enquanto instrumento de avaliação e propiciador de um espaço que dá voz ao aluno através das narrativas e contribui com o tutor para o acompanhamento do aluno, no que diz respeito ao seu desempenho e aprendizado, com suas facilidades e dificuldades.

A percepção da prática também revelou uma incorporação por parte dos alunos dos princípios orientadores desse modelo de clínica. Como proposta de ensino da prática clínica, na IUSC III, a Clínica Ampliada vai sendo inserida pelos tutores e coordenadores nos diversos momentos da disciplina, como discutido à frente. É possível apreender um distanciamento da clínica da biomedicina e uma aproximação da prática clínica ampliada.

Um dos princípios bastante evidentes é a comunicação baseada no diálogo, a disposição do aluno em ouvir o paciente e valorizar esta escuta, assim como o protagonismo do paciente. O aluno seguindo a recomendação da singularização dos atendimentos, coloca o paciente como sujeito do seu atendimento e este assume um papel ativo no seu processo de cuidado.

CAPÍTULO 3 – O percurso metodológico

Trata-se de uma investigação de natureza etnográfica, realizada junto à disciplina IUSC III ministrada ao 3º ano de graduação médica da Faculdade de Medicina de Botucatu. O objetivo do estudo é de reconhecer a prática de professores-tutores e alunos da disciplina IUSC III quanto ao processo de ensino-aprendizagem e o uso de estratégias pedagógicas no ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde. O trabalho de campo foi desenvolvido na forma de estudo documental e bibliográfico analítico e observação participante da atividade prática dos alunos que cursaram a disciplina no ano de 2015. Nesse sentido, o mesmo foi realizado no cenário de uma disciplina obrigatória do curso de medicina da Faculdade de Medicina e Botucatu, Unesp, durante um ano, com observação semanal de seu cotidiano.

A etnografia para alguns antropólogos é mais que uma técnica de pesquisa, é a teoria vivida, uma forma de ver e ouvir, uma maneira de interpretar a própria teoria em ação, cujo desafio é revelar a experiência vivida pela pesquisa aos leitores. A experiência vivida se dá por meio da inserção do pesquisador no meio que se vai pesquisar (PEIRANO, 2008).

A etnografia bastante utilizada na antropologia para a produção de dados, está baseada no contato intersubjetivo entre o pesquisador e o seu objeto, tendo como aspecto relevante a participação do pesquisador, por isso te permite conhecer os aspectos de outra cultura “vivenciando-a, indo lá, estando lá e fazendo as coisas que eles fazem e como eles fazem” (BONET, 1999).

Na pesquisa etnográfica o trabalho de campo é uma vivência mais do que um métodos científico, é o estabelecimento de uma relação produtora de conhecimento (BRANDÃO, 2007).

Por isso pode-se dizer que a pesquisa etnográfica encontra a sua especificidade em associar ao procedimento de produção de dados uma prática de trabalho de campo, a partir de uma convivência longa e contínua do pesquisador ao seu grupo pesquisado (ROCHA, ECKERT, 2008).

Na descrição etnográfica o que se pretende é fazer ver, ou seja, descrever o que vemos, através de uma observação vigorosa por uma impregnação lenta e contínua do grupo pesquisado, com o qual o pesquisador mantém uma relação pessoal. O autor traz a ideia do papel do etnógrafo de “dar a ver aos outros”, o etnógrafo tem a missão de transformar o seu olhar em escrita, de descrever através

das palavras o que ele viu, o que ele observou e vivenciou (LAPLANTINI, 2004). Segundo Marcus e Cushman (1982, apud OLIVEIRA, 2000, P.28) “a etnografia poderia ser definida como a representação do trabalho de campo em textos”.

O percurso exige do pesquisador um movimento no sentido de inserir-se no meio pesquisado através de uma participação efetiva na maneira de viver do grupo pesquisado, constituindo-se o seu trabalho do exercício de olhar (ver) e escutar (ouvir) (ROCHA, ECKERT, 2008).

Como uma técnica de pesquisa, a etnografia compreende inúmeros procedimentos para a produção de dados, sendo o principal deles a observação direta, a observação e descrição da teoria vivida (ROCHA, ECKERT, 2008).

3.1 IUSC III - campo da pesquisa

A disciplina IUSC III destinada ao terceiro ano de graduação médica da faculdade de medicina de Botucatu, teve início em 2005 como uma disciplina optativa e passa a ser obrigatória em 2007. É uma disciplina eminentemente prática que acontece nas unidades básicas de saúde, numa parceria entre universidade e secretaria municipal de saúde. Exceto na introdução da disciplina, cuja atividade proposta se dá em sala de aula, todas as demais atividades realizam-se junto às unidades de saúde, através da consulta médica supervisionada, introduzindo-os à prática clínica. Orientada pela concepção da integralidade do cuidado e humanização da prática, a disciplina tem como núcleo a consulta médica supervisionada de pacientes adultos usuários do serviço de Atenção Básica do município. Com uma prática direcionada para além do diagnóstico e conduta, a IUSC III busca sensibilizar o aluno para “cuidar do sujeito doente e não somente da doença do sujeito” (FMB, UNESP, 2010), tendo o ensino da Clínica Ampliada como proposta pedagógica (GODOY, CYRINO, 2013).

De acordo com o programa da disciplina, o objetivo geral da mesma é: "propiciar aos alunos o desenvolvimento de competências e habilidades para a atenção e promoção da saúde junto à comunidade, tendo como pressupostos a integralidade e a humanização do cuidado. Já os objetivos específicos são: propiciar ao aluno de 3º ano uma formação médica com subsídios teórico-práticos, visando a desenvolver um atendimento clínico que respeita as especificidades e necessidades de cada usuário; ampliar sua prática de registro em prontuário tornando-o mais

completo, ou seja, com informações que contemplem também a história psicossocial e de vida dos usuários; integrar os conhecimentos de semiologia e raciocínio clínico por meio do seguimento de usuários adultos que frequentam a UBS/USF; aprofundar conhecimento sobre a realidade dos atendimentos em UBS/USF, bem como o funcionamento destas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS); propiciar a vivência com pacientes portadores de doenças prevalentes na comunidade; incentivar os alunos a participarem das atividades desenvolvidas pela comunidade e para a comunidade, por exemplo: Conselho Gestor da Unidade de Saúde - CONUS; etc." (FMB UNESP - Programa da Disciplina 3º ano, 2012).

Os atores envolvidos nesta prática são os professores tutores, médicos vinculados à rede municipal de saúde de Botucatu, Hospital das Clínicas e Centro de Saúde Escola, os dois últimos vinculados à FMB. Esses profissionais têm um perfil diversificado quando à área de atuação, e nesta atividade atuam como generalistas (GODOY, CYRINO, 2013).

Os alunos interlocutores deste campo de pesquisa são jovens cursando o terceiro ano de graduação médica, recém-chegados a prática, estão organizados em grupos de cinco ou seis alunos, vinculados e orientados por um tutor e inseridos em uma UBS do município com ou sem estratégia saúde da família.

As principais estratégias pedagógicas adotadas pela disciplina são: o uso de uma "anamnese ampliada", retornos frequentes do paciente para o mesmo aluno, visita e cuidado domiciliar supervisionados, discussão dos casos atendidos com os tutores, discussão sobre a vivência do aluno com psicólogos e o uso de narrativas pelo aluno visando à escrita reflexiva da experiência vivenciada na disciplina. Cabendo ressaltar que as estratégias pedagógicas foram elencadas e elaboradas pela equipe de coordenação da disciplina buscando desenvolver a prática proposta.

A "anamnese ampliada" foi elaborada pelo corpo docente da disciplina, ao longo dos primeiros anos de atividade, com o objetivo de assegurar um instrumento para o uso do aluno junto com os pacientes, que não se reduzisse a anamnese clínica tradicional. Deste modo, incorporou-se à anamnese um conjunto de dimensões que buscou de um lado aproximar-se de uma entrevista, ampliando a escuta, e de outro abordando questões que pudessem explorar os "sentimentos relacionados aos problemas de saúde" e de "avaliação da qualidade de vida do indivíduo". Incluiu-se, ainda, ao final da "anamnese ampliada" o diagnóstico e definição dos problemas médicos, sociais e psicológicos e o plano terapêutico (CYRINO e HOKAMA, 2009).

Introduziram-se no Guia para orientação na atenção primária à saúde (anexo 1) (CYRINO, HOKAMA, JACINTO, 2016) roteiros para o uso do aluno para o atendimento de pacientes com retorno agendado e para reavaliação. O retorno frequente do paciente para o mesmo aluno ao longo de um determinado período é um evento pedagógico pouco frequente ou até mesmo ausente da vida curricular formal do aluno. Deste modo, destacou-se esta estratégia dos retornos frequentes como um recurso de ensino-aprendizagem potente para a percepção do tempo como tecnologia da clínica, e ao mesmo tempo fortalecimento do vínculo e da responsabilização do aluno pelo paciente (GODOY, CYRINO, 2013).

A discussão dos casos atendidos acontece no final da atividade, quando preconiza-se a participação de membros da equipe da unidade buscando desenvolver uma abordagem integral dos problemas e valorizando o conhecimento de cada categoria profissional e também sob a supervisão de docentes da psicologia médica, através de uma atividade bimensal na qual dois ou três grupos de alunos e seus tutores elegem casos para uma discussão ampliada com a supervisão de um docente, psicólogo, do departamento de neurologia psicologia e psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Na avaliação do processo de ensino-aprendizagem utilizam-se dois instrumentos: a narrativa solicitada a cada dois meses aos alunos com o propósito de desenvolver a prática de uma escrita reflexiva e um instrumento específico desenvolvido pela equipe de coordenação com base nos objetivos da disciplina (anexo 2).

O instrumento de avaliação utilizado busca sistematizar a observação diária do desempenho do aluno quanto a assiduidade, pontualidade, atitudes e valores e o conteúdo do trabalho realizado pelo aluno na atenção ao paciente. Neste último quesito busca-se reconhecer a capacidade desenvolvida na abordagem do paciente nas seguintes dimensões: “história de vida e doença”, definição dos problemas do paciente, iniciativa em resolver os problemas do paciente, apresentação pessoal, trabalho em equipe, atitudes e valores, registro do atendimento no prontuário (registra uma boa síntese finalizando com hipótese diagnóstica e plano terapêutico), interesse em conhecer o funcionamento da unidade de saúde e a maneira como se dá o preenchimento do diário. Em cada uma delas há uma escala com três diferentes níveis de prática e atitude. Assim, por exemplo, na “definição dos problemas dos pacientes” constam: não define; define apenas os patológicos e alguns não orgânicos e define

os principais problemas (orgânicos e não orgânicos), o que atribui ao aluno os conceitos: Insuficiente, Suficiente e Plenamente Satisfatório, respectivamente (GODOY, CYRINO, 2013).

As duas primeiras dimensões: “história de vida e doenças” e “definição dos problemas” - buscam acompanhar o desenvolvimento do aluno quanto à abordagem do paciente, tendo como referência uma prática compreensiva ou ampliada da atenção.

A carga horária anual do IUSC III é de 80 horas, distribuídas em 20 períodos de atividades desenvolvidas em maio e de agosto a dezembro. Os dois primeiros encontros acontecem em sala de aula, com a turma dividida em dois grandes grupos de quarenta e cinco alunos cada um, com o objetivo de apresentação da disciplina, seus objetivos e estratégias pedagógicas, além de discussões sobre temáticas como a Clínica Ampliada e narrativas em medicina que são dois focos importantes na disciplina. Em seguida os alunos são divididos em grupos de cinco alunos e distribuídos em onze unidades de saúde, dentre unidades básicas, unidades de saúde da família e o Centro de Saúde Escola. Cada grupo é supervisionado por um tutor médico que como já citado, nesta atividade, atua como generalista. Na unidade de saúde, nos dois primeiros encontros, os alunos fazem a atividade de reconhecimento da unidade, observam o trabalho da equipe, a dinâmica das atividades e acompanham os tutores médicos em atendimento. A partir destes quatro primeiros encontros a disciplina segue com atividades exclusivamente práticas: a consulta médica supervisionada e discussões de casos.

A vivência proporcionada pelo IUSC III aos alunos permite que os mesmos apliquem os seus conhecimentos recém-adquiridos na disciplina Semiologia, mas focalizando a atuação médica para além do diagnóstico/condução. O fato dos alunos realizarem o IUSC III preferencialmente na mesma unidade onde estiveram no IUSC I e II consolida um caminho percorrido por eles nestes dois primeiros anos da disciplina, que agora com uma visão ampliada dos problemas de saúde desta população, compreendem as suas condições de vida e saúde, permitindo uma assistência mais efetiva sobre o processo saúde-doença desta população que será assistida pelos mesmos.

3.2 O território da pesquisa: as unidades de saúde

A disciplina IUSC III no ano de 2015 aconteceu em 10 unidades de saúde do município de Botucatu, sendo oito delas com estratégia de saúde da família e duas delas unidades básicas tradicionais. Com exceção de uma das unidades que está vinculada à universidade – Faculdade de Medicina de Botucatu, as demais pertencem à secretaria municipal de saúde, estando sob a gerência da administração municipal. A etnografia da disciplina foi realizada em seis unidades de saúde, duas tradicionais e quatro com estratégia de saúde da família.

As unidades nas quais a etnografia foi realizada sempre me causaram uma impressão muito positiva, um ambiente bastante organizado e harmonioso, limpo e bem estruturado. A estrutura física da maioria era bastante parecida, contavam com uma sala de espera bem ampla e sempre muito lotada de usuários aguardando atendimento. Neste ambiente de sala de espera havia uma janela, atrás da qual estava o arquivo médico e os funcionários ali também faziam um papel de porta de entrada, recepção da unidade, respondendo as dúvidas e atendendo as solicitações das pessoas que ali adentravam.

Na entrada da unidade, geralmente também estava disposta a farmácia. Este primeiro ambiente estava isolado do corredor que dava acesso aos consultórios médicos e salas de procedimento por duas portas, uma de cada lado da sala de espera.

Os consultórios de tamanho bem limitado eram muito organizados, uma mesa ao centro com cadeiras dispostas a sua frente e atrás delas, uma maca e uma pia, geralmente um armário pequeno e na parede um quadro com material ilustrativo sobre informações nutricionais, amamentação e outros temas. A iluminação também sempre muito adequada, com janelas que garantiam além da claridade necessária também a ventilação. Em duas unidades, em especial os consultórios, me chamaram muito a atenção, na primeira devido ao fato da mesa estar encostada na parede e as cadeiras destinadas ao profissional e paciente estarem dispostas lado a lado contribuindo desta maneira à horizontalização da relação entre estes dois atores; e na segunda unidade o fato do tamanho dos consultórios serem muito reduzidos e a maca destinada ao exame do paciente estar sempre muito lotada de prontuários, o que não permitia aos alunos o exame físico adequado.

Também pude observar em muitas delas no corredor de acesso aos consultórios um armário organizando as demandas dos profissionais da unidade, por exemplo: em uma das prateleiras uma ficha indicava os prontuários separados para consulta médica, em outra aqueles destinados a consulta de enfermagem, aqueles separados para a confecção de receitas, exames a serem checados e assim por diante.

Entre os profissionais da unidade e nós tutores, alunos e pesquisadora o clima era sempre tranquilo e harmonioso, valendo a pena ressaltar que sempre fui muito bem recebida pela equipe, não me ocorrendo a lembrança de nenhum episódio desagradável entre qualquer um de nós personagens deste cenário de pesquisa.

3.3 Etapas da pesquisa

A pesquisa etnográfica pode compreender algumas etapas sendo a primeira delas a construção do tema de pesquisa, o pesquisador precisa impregnar-se da teoria a ser vivenciada para a elaboração do projeto. E a partir daí, o próximo passo é aproximar-se do grupo e das pessoas a serem estudadas e neste contexto conquistar a confiança destas. A interação é fundamental para a realização da pesquisa, o encontro deve ser planejado, ele vai constar de uma relação longa e profunda (ROCHA, ECKERT, 2008).

Para os objetivos propostos da presente pesquisa, a etnografia desenvolveu-se em três etapas conforme a descrição que se segue:

A **primeira etapa** foi constituída pela descrição e análise das estratégias pedagógicas estabelecidas na disciplina por meio de estudo bibliográfico e pesquisa documental junto ao Núcleo de Apoio Pedagógico da FMB. O objetivo de tal etapa foi de aprofundar na teoria proposta como referencial teórico para a dada etnografia. Nesta etapa autores recomendam a adoção de aporte teórico do próprio campo e de suas áreas de conhecimento (ROCHA, ECKERT, 2008).

A pesquisa documental se utiliza de documentos originais que ainda não foram submetidos ao tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados considerando os objetivos da pesquisa, o que leva a valorizar os documentos como uma fonte rica e estável de dados (SÁ SILVA, 2009; GIL, 1999).

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica, recomenda-se a utilização de uma fonte

paralela de informações para a complementação dos dados e contextualização das informações contidas nos documentos (SOUZA, et al 2011).

No presente estudo a pesquisa documental aconteceu articulada a pesquisa bibliográfica com o objetivo de descrever e analisar as principais estratégias pedagógicas da disciplina.

A primeira etapa aconteceu no ano de 2014, sendo importante destacar que a disciplina dispõe de poucos materiais, como documentos com registros a respeito da política pedagógica da mesma. O que encontrei e utilizei para a pesquisa documental foi o programa da disciplina e outros documentos da IUSC de maneira geral: IUSC I, II e III referentes ao processo de implantação da mesma.

A partir desta pesquisa, antes da elaboração do capítulo sobre as estratégias pedagógicas, construí um quadro com as principais delas a serem discutidas na etnografia: roteiro de anamnese ampliada, consultas de retorno, consulta médica supervisionada orientada pelas concepções de integralidade do cuidado e humanização da prática, a Clínica Ampliada enquanto estratégia de cuidado e a narrativa reflexiva em medicina. No quadro trabalhei com o conceito de cada uma destas estratégias segundo a literatura, a definição das mesmas e seus objetivos de aplicação na disciplina e depois a fundamentação teórica. Tal organização facilitou para a construção do capítulo sobre as estratégias pedagógicas orientadoras da disciplina bem como para a análise e discussão do material etnográfico originário da observação participante e registrado em diário de campo, uma vez que o objetivo desta análise é reconhecer o processo de ensino-aprendizagem da prática da clínica da Clínica Ampliada e o uso das estratégias pedagógicas para tal objetivo proposto na disciplina.

Na **segunda etapa**, a principal delas, na qual foi construído o registro etnográfico, material empírico da presente pesquisa, utilizei da técnica de observação participante da atividade prática da disciplina IUSC III para reconhecer o processo de ensino-aprendizagem da Clínica Ampliada, bem como a percepção e vivência dos diferentes atores: coordenadores, professores tutores e alunos. Segundo alguns autores a observação é considerada a técnica mais favorável para se investigar os saberes e as práticas da vida social, assim como o reconhecimento das suas representações coletivas (ROCHA, ECKERT, 2008).

A base da pesquisa etnográfica é o trabalho de campo (Laplantini, 2004), no qual a produção dos dados se dá pela participação direta do observador no meio que se quer pesquisar, técnica conhecida como observação participante ou participação observante. Sendo que na primeira há um envolvimento pessoal do pesquisador com as pessoas e contexto da pesquisa, o papel do observador é ativo. A interação entre os sujeitos da pesquisa envolve a observação direta do pesquisador em relação ao grupo pesquisado, o que envolve o modo de vida, o processo de trabalho, a observação e participação das conversas informais e formais e entrevistas não diretivas (ROCHA, ECKERT, 2008).

A observação participante foi realizada pela pesquisadora, mediante acompanhamento das atividades da disciplina IUSC III nos anos de 2014 e 2015, em seis unidades básicas de saúde, sendo quatro delas com estratégia de saúde da família e duas delas unidades tradicionais, em cada uma das unidades a pesquisadora acompanhava a atividade realizada por uma dupla ou trio de alunos sob a supervisão de um tutor. No total foram acompanhados 30 alunos e onze tutores, buscando caracterizar e analisar o processo de ensino-aprendizagem da Clínica Ampliada na disciplina IUSC III, bem como o uso das narrativas dos alunos enquanto instrumento de avaliação formativa.

Com relação ao tempo de permanência no campo, foram quatorze meses de imersão no cotidiano da disciplina. A literatura fala de uma convivência mais ou menos prolongada do pesquisador junto ao grupo social a ser pesquisado, não há um limite temporal preconizado, ouve-se a respeito de algo em torno de, no mínimo, seis meses de permanência, e a saída fica a critério do próprio observador e sua relação com a contemplação dos objetivos de sua inserção no campo (ROCHA, ECKERT, 2008; QUEIROZ, 2007).

A observação participante, ferramenta central na Antropologia, é um potente instrumento para a construção do conhecimento nas pesquisas em saúde, por permitir o conhecimento e a compreensão a respeito das pessoas, coisas, acontecimentos e situações (QUEIROZ et al, 2007).

Considerada como um recurso muito importante dos dados qualitativos, na observação participante o observador é inserido no grupo a ser estudado como se fosse um deles para entender a complexidade das situações, bem como compreender os hábitos, atitudes, interesses, relações pessoais e características de funcionamento do mesmo (SOUZA, et al 2011; BARDIN, 1997).

As primeiras inserções no universo a serem pesquisadas têm um caráter exploratório, norteadas pelo olhar atento a este espaço que agora é observado, num primeiro momento a curiosidade guia o olhar e a observação, e logo a indagação vai ocupando o seu espaço para conhecer como de fato esta realidade social, pesquisada, é construída (ROCHA, ECKERT, 2008).

A observação participante acontece então através da inserção no campo, e a inserção não acontece sem a interação, pois esta é a condição de pesquisa, pois o encontro não é ao acaso, mas um acontecimento planejado, com um objetivo definido que é o de conhecer a realidade social do grupo que se pretende estudar (ROCHA, ECKERT, 2008). Para Brandão (2007) “é uma vivência, mais do que um ato científico”.

A observação participante da prática de ensino no IUSC III foi realizada com o apoio de caderno de campo, cujos registros foram utilizados na produção do diário de campo.

A cada interação com o campo da pesquisa, o etnógrafo, seguindo o modelo clássico dos primeiros antropólogos, toma nota de tudo, faz um registro escrito, na forma de diário. Este material bastante conhecido como diário de campo é produzido pelos relatos das experiências observadas e escutadas no cotidiano da investigação (ROCHA, ECKERT, 2008).

Para responder a uma pergunta clássica, a respeito do diário de campo na pesquisa etnográfica: “o que se escreve”? Darcy Ribeiro (2006) traz a seguinte orientação: “meus diários são anotações que fiz dia-a-dia lá nas aldeias, do que via, do que acontecia e do que os nativos me diziam” (RIBEIRO, apud Rocha, Ercket, 2006, p.8).

Esta consideração é bastante ilustrativa com relação ao conteúdo dos meus diários de campo durante a minha permanência na IUSC III. O cotidiano da disciplina e a prática dos alunos, têm um peso considerável, porém os bastidores da disciplina, as conversas de corredor entre os alunos, bem como as minhas conversas formais e informais com alunos e tutores trazem grandes contribuições ao cerne do meu material empírico.

A produção do diário de campo na presente pesquisa buscou construir uma “descrição densa” do campo (GEERTEZ, 1989). Esse mergulho na prática de professores-tutores, muitos dos quais médicos de família, e alunos, deu a

possibilidade de um aprofundamento nesta realidade, bem como no contexto do encontro entre o aluno e o paciente.

O diário de campo é reconhecido como uma tecnologia em pesquisa qualitativa em saúde, além de um instrumento capaz de organizar o registro das estratégias metodológicas empregadas na pesquisa em saúde, ele também permite compreender o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões. É considerado uma tecnologia de memória dos acontecimentos e riqueza da pesquisa, demonstrando por meio de uma descrição detalhada o “estado da arte”, no qual é possível vivenciar o caminho percorrido pela pesquisa desde o seu projeto até a conclusão (ARAUJO, 2013).

Para Pinho e Molon (2011) o diário de campo se constitui num valioso instrumento de coleta na pesquisa etnográfica, dada a possibilidade de registro de impressões e opiniões no cotidiano de uma determinada vivência, podendo potencializar o exercício da escrita e da reflexão, constituindo-se numa fonte infinita de produção de sentidos.

Os diários podem ser compostos por registros descritivos que buscam retratar as observações pessoais do etnógrafo, observador e também por registros interpretativos que procuram explicar as observações registradas. Outros componentes como referências bibliográficas, imagens e dados de entrevistas também podem estar contemplados no diário (ARAÚJO, 2013)

As atividades acompanhadas foram as seguintes: abertura da disciplina, atividade de observação e reconhecimento da unidade de saúde pelos alunos, na qual a disciplina se desenvolveu, atendimento médico realizado pelos alunos e supervisionado pelos tutores, reunião de tutores e coordenadores e discussão de caso ampliada com a psicologia.

Durante esta etapa da pesquisa foram produzidos trinta e cinco diários de campo. Após cada dia de atividade de observação no campo da pesquisa e registro em caderno de campo, estes dados eram digitados e organizados em formato de diário de campo. O material empírico, ao todo, possui 475 páginas.

A etnografia, através da investigação, permite a produção de materiais para serem analisados, cujo objetivo é descrever densamente a experiência vivida, de maneira que se possa apresentá-la e traduzi-la (LEECCC).

Para uma pré-análise do material, após inúmeras leituras, o mesmo foi organizado em uma tabela a partir da seguinte fragmentação: tema, subtema, trecho

do diário, e discussão. E a organização aconteceu sob três aspectos à partir do qual o material foi analisado: as estratégias pedagógicas da disciplina, os fundamentos da Clínica Ampliada e as relações: professor-aluno, aluno-aluno e aluno-paciente. Brandão (2007) recomenda a organização e classificação do material empírico para facilitar a posterior confecção dos capítulos do produto final.

A **terceira etapa** se constituiu da análise dos registros etnográficos produzidos e discussão baseada no referencial teórico da Clínica Ampliada, humanização e integralidade do cuidado e ensino médico na Atenção Primária à Saúde.

Na fase de análise o primeiro passo foi a leitura exaustiva do material etnográfico produzido, depois a organização e sistematização, estabelecendo-se temas e categorias de análise, como exposto acima.

Esta é uma fase longa e extenuante, esgotante, pois como para alguns autores a minha percepção é de que ela se conforma num processo lento, longo e trabalhoso. É preciso dar visibilidade ao processo de interpretação e garantir o rigor da análise. A análise se inicia com um mergulho no conjunto de informações, com o objetivo de descrever e interpretar o conteúdo produzido com a missão de trazer para os seus leitores a experiência da pesquisa, contando o que ele viu a partir do seu próprio olhar (ROCHA, ECKERT, 2008; ANDRÉ, M. E., 2015; LAPLANTINI, 2004).

3.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMB na data de 30 de novembro de 2014, parecer 894328, tendo contado também com a aprovação do Conselho de Curso de graduação da Medicina da FMB e Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu.

Os participantes da pesquisa foram previamente consultados e esclarecidos com relação aos objetivos da mesma e o caráter não obrigatório de sua participação na investigação, antes da assinatura do termo de consentimento livre (anexo 3) e esclarecido autorizando o uso dos dados produzidos no registro etnográfico a partir da observação da prática do aluno e o conteúdo das entrevistas.

O contato com os alunos, para obter a autorização para a participação na atividade prática da disciplina IUSC III, bem como a utilização dos dados produzidos

à partir da observação participante e registro em diário de campo foi realizado sempre no ambiente de prática da disciplina, ou seja, nas unidades de saúde na qual os alunos estavam inseridos no dia e horário da disciplina.

O anonimato dos alunos e tutores foi preservado, respeitando o Conselho Nacional de Saúde sob a resolução número 196/96, sendo os mesmos identificados por nomes fictícios.

3.5 A entrada no campo da pesquisa como descrição do percurso metodológico

O envolvimento com o campo da pesquisa vem do meu mestrado (GODOY, CYRINO, 2013), onde eu trabalhei com o diário do aluno na IUSC III, fazendo um levantamento sobre os principais temas abordados pelos mesmos em seus cadernos logo após a atividade prática diária. E a partir daí muitas perguntas surgiram com relação à prática da Clínica Ampliada e o seu processo de ensino-aprendizagem o que me levou a revisitar a disciplina agora no doutorado.

Para escrever sobre a entrada no campo da pesquisa eu recorro às orientações de Brandão (2007) que refere-se a dois tipos de entrada. Uma primeira que seria o chegar ao campo e conhecê-lo e a partir daí estabelecer um projeto de pesquisa, um caminho a ser pesquisado, e uma segunda, na qual eu me enquadrado, que se faz quando se tem uma proposta definida. Como o próprio autor nos traz, proposta esta que vai se modificar, se redefinir, mas que de qualquer maneira acontece quando eu já sei o que eu quero pesquisar.

Trabalhar com os cadernos dos alunos no mestrado, ou seja, com os seus diários de campo, como este instrumento é chamado na disciplina me proporcionou uma visão da atividade prática a partir da percepção do aluno, registrada nas suas narrativas, após cada dia de atividade. A partir da leitura destes diários senti-me instigada a conhecer mais de perto as cenas relatadas, pois eu tinha a história contada por um único ator: o aluno.

E muitas coisas me chamavam a atenção como, por exemplo, os passos que se davam até a construção do vínculo, o percurso do aluno até o encontro com o paciente, quando alguns deles relatavam a dificuldade para iniciar um diálogo, a tristeza do aluno ao ouvir determinada história do paciente, o embaraço diante do choro do paciente e os subsídios, as orientações oferecidas a este aluno para a prática

da Clínica Ampliada, para um atendimento pautado na prática humanizada e na integralidade do cuidado. Além do desejo de reconhecer a diversidade, que era observada nos diários, dos cenários de ensino-aprendizagem na IUSC III, pois apesar de se tratarem de unidades básicas de saúde com e sem estratégia de saúde da família, era possível apreender certas peculiaridades em cada uma delas.

Durante os meses de atividade no campo da pesquisa, eu participei de reuniões de tutores e coordenadores, atividades em sala de aula com os alunos para a introdução à disciplina e posteriormente acompanhamento das atividades nas unidades de saúde. Para a primeira atividade de reconhecimento da UBS elegi uma unidade de saúde para acompanhar os dois encontros que se seguiram às aulas introdutórias da disciplina que aconteceram na universidade.

Num segundo momento, acompanhei a atividade central, a consulta médica supervisionada dos pequenos grupos de alunos e seus tutores, e a cada dois meses a discussão de casos ampliada, na qual dois ou três grupos de alunos reuniam-se com os seus tutores e psicólogos, docentes do departamento de neurologia, psicologia e psiquiatria da universidade para debater sobre os casos eleitos.

3.5.1 Reconhecendo a prática da Clínica Ampliada na IUSC III

O trajeto percorrido

Observar e participar, como seria isto?

Após busca na literatura e muito estudo, aos poucos fui ficando mais próxima do termo e do seu real significado, embora o mesmo seja autoexplicativo.

Uma grande contribuição para a aproximação com a técnica de pesquisa foi ler boas etnografias, como nos orientam alguns autores: “como posso aprender a fazer uma etnografia: Lendo boas etnografias” (ECKERT, ROCHA, 2008)

Ao inserir-me no campo o meu trabalho era observar, que segundo Cardoso (2000) se constituiria no olhar, ouvir e escrever.

Mas observar e participar do que? Das aulas, das atividades da disciplina IUSC III. Mas como fazer isto? Qual a parte burocrática e ética desta prática, como se dá o processo de entrada no campo da minha pesquisa? Então veio a primeira etapa que seria conseguir as autorizações dos órgãos e instituições, de alguma forma envolvidos com o campo desta pesquisa.

Primeiro passo após concluir o projeto foi enviar o pedido de autorização para a realização da pesquisa junto ao departamento de Saúde Pública, ao Conselho de Curso da Medicina, à Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu e, após tudo aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu.

No Departamento de Saúde Pública e Secretaria Municipal de Saúde a aprovação foi muito tranquila, porém ao passar pela reunião de Conselho de Curso de Medicina o projeto não foi aprovado, havia muitas dúvidas com relação à produção de dados e à metodologia proposta. Após sanar as dúvidas apontadas o projeto foi aprovado e pôde ser encaminhado ao CEP.

As dúvidas remetiam à metodologia e à produção dos dados, sendo algumas delas por exemplo a validade de se entrevistar tutores e coordenadores da disciplina para reconhecer, a partir das percepções e vivências dos mesmos, a prática da disciplina, se isso não resultaria em um viés na pesquisa bem como a observação de tutores e alunos na prática não resultaria em uma perda da espontaneidade dos mesmos, resultando em outro viés. Um outro questionamento referia-se à prática da observação participante com relação a quais aspectos seriam observados na prática e qual o instrumento que seria utilizado para o registro das observações

Mas depois de argumentações e explicações da pesquisadora, as dúvidas foram esclarecidas e houve a aprovação, por parte do conselho de curso para o desenvolvimento do trabalho.

“Na pesquisa qualitativa, os pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas trazem a eles”. (DENZIN e LINCOLN, 1994, p.2 apud NUMES e BARROS, 2014)

A parte burocrática e ética estava pronta, e agora como entrar no campo era a minha dúvida, o meu temor. O projeto dizia que a coleta seria feita com os alunos do terceiro ano da disciplina IUSC do ano de 2015 e nós estávamos no final do ano de 2014.

Como forma de experienciar a produção de dados à partir da observação participante da prática da IUSC III, eu tive a oportunidade de acompanhar as atividades da disciplina em uma unidade básica de saúde do município de Botucatu, o Centro de Saúde Escola.

Desenvolvendo um estágio na disciplina nesta unidade no final do ano de 2014, eu acompanhei a consulta médica supervisionada de adultos jovens realizada pelos alunos da IUSC III, bem como a discussão dos casos atendidos realizada com os tutores, desenvolvendo a técnica de observação participante com registro em diário de campo.

Foi possível concluir que esta experiência foi muito importante, além de muito produtiva, pois com ela pude me aproximar da técnica de observação e escrita etnográfica em caderno de campo e produção de diário de campo, além de provar um pouco das sensações e dos desafios da entrada no campo, o que envolveu a negociação com os atores envolvidos, alunos e tutores. Eu acompanhei um único grupo, mas esta experiência me mostrou um pouquinho do caminho que deve ser percorrido para a proposta escolhida para o longo trabalho que me aguardava.

As discussões dos diários produzidos com o meu orientador foram sempre muito enriquecedoras para o meu aprimoramento da técnica de produção de dados.

3.5.2 *Chegando ao campo em 2015: o campo e os desafios*

Concluída a elaboração do projeto com o tema consonante ao campo antropológico que se quer pesquisar, num trabalho conjunto com o orientador, a próxima atitude é aproximar-se do grupo a ser estudado, o intuito é conquistá-lo, para se obter o consentimento com relação a sua presença e participação entre eles. A aproximação do pesquisador com o grupo é um trabalho longo e que traz certas dificuldades, o pesquisador precisa articular as suas expectativas com as do grupo, e negociar e consolidar a sua participação no seu próprio papel: o de alguém que não pertence ao grupo, interessado em inserir-se para estudá-lo (ECKERT, ROCHA, 2008; QUEIROZ, 2007).

O campo é a disciplina, composto pelos seus atores, os alunos e os tutores e pelo seu espaço físico, a estrutura onde a disciplina acontece, as unidades básicas de saúde do município de Botucatu.

De tudo que eu havia lido, estudado e pesquisado sobre observação participante o que mais ficava marcado para mim era a negociação da entrada no campo, que neste caso era uma negociação que teria que ser feita com os alunos e tutores da disciplina e o que para mim significava o maior desafio.

A estreia de uma etnografia inicia-se com uma negociação entre o pesquisador e o grupo que se pretende estudar, o que se recomenda é uma parceria, compartilhando suas ideias e intenções de pesquisa. A entrada no campo significa a permissão formal dos integrantes do grupo a ser estudado e o momento de aquisição da confiança do pesquisador pelo grupo, que pode ser considerado o momento propriamente dito de se iniciar a observação, e quando o pesquisador passa a participar do cotidiano eleito para a sua pesquisa (ECKERT, ROCHA, 2008).

Brandão (2007) fala em um período de contaminação com o local de pesquisa e recomenda não entrar direto numa relação de pesquisa, mas entrar devagar, sem invadir o mundo a ser pesquisado. “O primeiro nível seria o nível do sentir, como é este lugar, como são as pessoas e como me deixo envolver. O que me faz entrar pela porta da frente, entrar devagar” (BRANDÃO, 2007, p.14).

O meu primeiro passo foi sentar com os tutores participando da primeira reunião entre eles e a coordenação que aconteceu em 2015.

Cheguei ao CSE às 17:30h, pontualmente, para participar da primeira reunião, do ano, de tutores da disciplina. Como já havia combinado com o meu orientador, considero fundamental a minha participação, durante este ano de produção de dados, em todas as reuniões de coordenação e de tutores da IUSC III.

Nessa primeira reunião de tutores fiquei bastante transparente, tive pouca oportunidade para me expressar, o que também gerou em mim um sentimento ruim.

Fiquei esperando o momento para me apresentar ou até se alguém me apresentaria ao grupo, ou melhor, que eu tivesse a oportunidade de explicar qual será a minha atuação, ou participação na disciplina, este ano.

Confesso que fui à reunião com muita expectativa com relação a minha apresentação ao grupo e aceitação pelo mesmo. Achava que teria a oportunidade de discutir um pouco do projeto e contar a eles como seria a minha participação na disciplina como pesquisadora. Mas fiquei bem invisível e um pouco decepcionada, pois não tive a chance de me apresentar e nem de contar o que eu faria durante o ano na disciplina. Em algum momento um dos coordenadores da disciplina me apresentou ao grupo e disse que eu estaria acompanhando-os. Algumas vezes o antropólogo é “iniciado” no seu campo de pesquisa por um de seus próprios membros (ECKERT, ROCHA, 2008). E isso foi um aprendizado, pois descobri que o meu papel é de estar

ali, meio no anonimato, observando tudo o que acontece. E vale a pena dizer que o anonimato pode ser necessário num primeiro momento, pois logo você passa a fazer parte do grupo e vivenciar uma experiência de intersubjetividade e torna-se um objeto de observação (Levi Strauss, 1974 apud ROCHA, 2008).

O primeiro contato com os tutores havia sido feito de maneira bem incipiente. A verdade é que já sou conhecida de muitos deles, o que dispensou grandes apresentações e a única fala a respeito da minha presença ali veio de um coordenador que disse que agora como aluna do doutorado eu estaria com eles durante o ano. Fiquei pensando se isso era o suficiente para selar a minha participação na disciplina, mas eu sabia que outras oportunidades viriam.

E esta transparência e falta de iniciativa da minha parte para me colocar vem da ansiedade com esta nova participação e permanência na disciplina. Pois eu ainda estava fazendo um reconhecimento do terreno.

A ansiedade era muito grande, assim como a inquietação com o que poderia acontecer, embora a resposta positiva por parte dos tutores era esperada, o pavor surgia quando eu pensava que o aluno poderia se recusar a me receber durante a consulta médica realizada por ele.

Quando em 2015 começou a disciplina, chegou a hora de conhecer os alunos e de participar deste cenário de ensino-aprendizagem. Porém antes de dar início às atividades na unidade de saúde onde este aluno vai desenvolver a IUSC III, a mesma estruturou-se com duas aulas introdutórias, que acontecem na central de salas de aula da Faculdade de Medicina. Neste momento os alunos estão divididos em dois grandes grupos e cada um deles assiste a estas aulas em um dia da semana. Portanto por duas semanas eu estive observando e participando das aulas teóricas prévias ao início da atividade na unidade de saúde.

Eu chegava à central de salas de aula da FMB e me sentava em uma cadeira, geralmente no canto da sala, entre os alunos, e com o caderno de campo em mãos permanecia ali, observando e anotando tudo o que estava sendo passado aos alunos, bem como os diálogos entre os mesmos e os tutores, as dúvidas apresentadas pelos alunos e as instruções pelos tutores. O meu olhar também estava bem atento ao comportamento dos alunos, e o ouvido aos comentários paralelos que pudessem surgir no grupo.

Um das coordenadoras estava à frente da sala com o data show ligado e o slide projetado era de um desenho sugerindo uma unidade básica de saúde e uma placa escrita SUS. Aparece um slide com um caminho percorrido por jovens que levam uma mochila nas costas. A professora faz o gancho com a imagem e fala tudo isso que vocês falaram vocês trouxeram de bagagem e que agora vai servir para trabalhar no terceiro ano com pacientes adultos e possibilitar o trabalho orientado pela integralidade do cuidado.

A classe revezava momentos de silêncio e outros de muito zum zum. Tinha uma dupla, um aluno e uma aluna que desrespeitosamente conversaram o tempo todo incomodando até mesmo os colegas.

E neste momento posso perceber que os alunos estão envolvidos com a atividade, todos prestam atenção e se posicionam, é um grupo bem participativo.

Brandão (2007) recomenda que num primeiro momento o olhar do etnógrafo deve estar orientado ao que está acontecendo, de maneira simples anotar os acontecimentos de maneira descritiva, o que está em pauta é a banalidade cotidiana, deixando a descrição articulada para um segundo momento. Porém confesso que a entrada ao campo vem com uma carga de responsabilidade, onde nos esquecemos das recomendações da entrada leve, devagar e já num primeiro momento a ansiedade é grande para reconhecer as relações, a proposta, enfim a ansiedade é grande para ultrapassar o momento da descrição simples e mergulhar na descrição interpretativa, o reconhecimento e entendimento de por que as coisas acontecem desta forma, o que pode estar oculto ali. Há uma preocupação com o que eu não estou vendo.

Com a primeira turma fiquei bem transparente, não fui solicitada, permaneci o tempo todo sentada observando e construindo o registro em caderno de campo sobre aquele primeiro encontro. Já com o segundo grupo fui muito requisitada desde o início, os alunos se referiam a mim como professora e me pediam coisas do tipo: ligar ou desligar o ar condicionado, já uma das coordenadoras da disciplina que dirigia a atividade queria que eu acompanhasse um grupo na atividade proposta, o que eu não considerei interessante, porque eu queria uma visão geral do que estava acontecendo e também concentrar a minha energia na observação e construção do registro etnográfico, pois me concentrar em uma atividade como tutora de um grupo, me tiraria do foco como pesquisadora. Mas talvez, hoje, penso que poderia ter aceitado o convite de coordenar a atividade em um dos grupos, e isso seria interessante pensando na proposta de tornar-me um deles.

E nestes dois encontros em sala de aula pude ter um contato inicial com o grupo de alunos com os quais eu estaria o restante do ano, e este anonimato não despertou em mim sentimentos de ansiedade, por exemplo, me mantive calma e muito focada no conteúdo trazido aos alunos, as dúvidas e ansiedades trazidas pelo grupo e as informações colocadas pelos tutores a respeito da Clínica Ampliada e o modelo de atenção proposto pela disciplina.

Na semana seguinte se dava o início da IUSC III nas unidades básicas de saúde do município. Os encontros aconteceram às quintas-feiras no período da manhã para algumas turmas e no período da tarde para outras. Por duas semanas seguidas os alunos tiveram a oportunidade de conhecer a unidade de saúde que agora seria o seu local de atividade prática, ou seja, a consulta médica supervisionada de pacientes adultos. Esta atividade de apresentação envolveu o conhecimento da estrutura física da unidade, do processo de trabalho e da equipe. Para alguns alunos que já haviam passado pela mesma unidade nos anos anteriores da disciplina, a atividade não trazia muita novidade.

E neste momento se inicia o processo de vinculação a estes pequenos grupos, com os quais eu estarei durante o ano, produzindo os meus dados.

O grupo agora é menor e eu me coloco entre eles, me apresento, esclareço sobre a minha permanência no grupo durante o ano como aluna do doutorado e pesquisadora. Os alunos falam pouco, alguns me cumprimentam e me dão as boas vindas, outros permanecem calados. Uma apresentação especial também é feita por parte de alguns tutores.

Cheguei à unidade às treze horas e trinta minutos e a atividade estava prevista para começar às quatorze horas. Logo que cheguei encontrei o tutor que estava responsável para receber os alunos neste dia [...]. Os alunos chegam, todos no horário proposto e se dirigem para a sala reservada para a atividade.

O tutor colocou-se à frente da sala para uma apresentação da disciplina. Os alunos já o conheciam daquele encontro em sala de aula, ele se apresentou brevemente, distribuiu os programas e me apresentou aos alunos, dizendo que eu estaria acompanhando-os durante o ano, observando-os e que eles seriam meus cobaias. Então tomei a palavra, me apresentei como aluna do doutorado, expus brevemente o objetivo da minha pesquisa, dizendo que eu estaria observando a aplicação das estratégias pedagógicas da disciplina na prática, pedi permissão para ficar com eles e que na próxima atividade ao iniciar a prática eu passaria o termo de consentimento livre e esclarecido. A classe brincou dizendo que assinariam mediante um bolo e cafezinho para o lanche.

Eu iniciei a minha produção de dados em uma unidade de saúde e lá permaneci por algum tempo, como decidido junto com o meu orientador, para que eu tivesse uma visão mais longitudinal do desenvolvimento da disciplina, assim como do desempenho e envolvimento dos alunos com a mesma. Eu acompanhei os grupos desta unidade nos períodos da manhã e tarde do mês de maio, quando a disciplina se iniciou até setembro, quando tivemos a primeira reunião de discussão de casos ampliada. Depois intercalei a minha permanência no campo entre esta e outras unidades do município, no total foram seis unidades básicas de saúde com e sem estratégia de saúde da família.

Durante a atividade de campo participei de quatro reuniões de tutores e coordenadores da disciplina, quatro dias de atividade em sala de aula, quatro dias de atividade de reconhecimento da unidade de saúde, vinte períodos de atividade prática da disciplina, o atendimento clínico supervisionado e seis encontros de discussão de caso ampliada entre alunos e tutores da disciplina e docentes psicólogos do departamento de neuropsiquiatria da faculdade. No total foram produzidos trinta e cinco diários de campo que agrupados resultaram em cerca de quatrocentos e setenta páginas de registro etnográfico.

O fato de uma das unidades ser o meu local de trabalho facilitou muito a minha entrada e permanência no campo, pois a negociação neste momento era somente com os alunos e pacientes, pois os tutores e equipe eram meus conhecidos. E foi uma experiência muito interessante, pois lá estavam inseridos dois grupos de alunos com os seus tutores no período da manhã e três grupos no período da tarde, e o interessante ou o inusitado foi a discrepância que havia entre os grupos inseridos nesta unidade. Em um dos grupos fui logo acolhida e considerada como parte dele, a minha prática foi de observação e participação. Eu fazia a observação com construção do diário de campo e também participava ativamente durante as consultas, como articuladora entre os alunos e a unidade, equipe e funcionários, fazia uma consulta compartilhada com os alunos, discutindo os casos e contribuindo enquanto outro profissional não médico, o que era proporcionado pelo fato de eu ser funcionária da unidade. E o desafio aqui, então, era o de saber articular este duplo papel que eu exercia nesta unidade, o de pesquisadora e funcionária, e de em alguns momentos não deixar que a participação se sobressaísse à observação.

Os alunos querem saber como funciona o encaminhamento para a nutrição e daí me envolvem na consulta. Eu explico que é possível passar por uma avaliação de caso novo com fisio e daí há a possibilidade de encaminhar o paciente para um grupo que a fisioterapia faz junto com a nutrição, onde o objetivo é a mudança de estilo de vida e o emagrecimento.

Apesar de ser funcionária do serviço, que neste momento é o meu cenário de pesquisa, eu flutuava entre o familiar e o exótico (VELHO, 1980). A unidade de saúde que recebe a disciplina IUSC neste momento é o meu local de trabalho e, portanto, familiar, mas a IUSC III, em um cenário real, ao vivo é exótica. Então como nos traz o mesmo autor citado acima o que eu via e encontrava, em termo de processo de trabalho e equipe nesta unidade, até o seu modo de receber o aluno era familiar, mas não necessariamente conhecida em todos os seus aspectos, na maneira como a disciplina IUSC acontecia ali. Os alunos, atores principais me eram estranhos.

Essa estranheza pode ser confirmada quando dentro da mesma unidade havia dois grupos tão diferentes da disciplina, enquanto em um deles eu era muito bem recebida, como citado acima, em outro grupo as coisas foram bem diferentes, os alunos praticamente me ignoravam, sempre que eu me aproximava de uma dupla e pedia permissão para acompanhar a consulta com eles, a resposta vinha simplesmente com um balançar de cabeça.

A tutora entrega uma folha de evolução afixada ao cartão de uma paciente a uma dupla de alunos. Eu logo me aproximo, pergunto se estão lembrados de mim e eles respondem que sim. É importante dizer que não são nem um pouco simpáticos, eu peço para acompanhá-los hoje e muito friamente, sem ao menos me olhar dizem que sim. Um sim quase não.

Dentro do meu local de trabalho, que neste momento é o local onde desenvolvo a etnografia, pude vivenciar a distância e a proximidade, a familiaridade na convivência com os dois grupos da IUSC III, meus objetos de observação. E estas duas experiências não podem ser relativizadas, mas sim objeto de análise na etnografia, pois seja estudando culturas distantes ou membros do meu próprio grupo o pesquisador acaba por se defrontar com aspectos variáveis de aproximação, identificação e exotismo (VELHO, 1978)

E durante a consulta acompanhando o segundo grupo citado, eu ficava o tempo todo invisível e vale a pena dizer que isto sempre me causava um sentimento de insegurança. Já com relação aos tutores, o movimento era o mesmo, alguns me

consideravam parte da disciplina e outros como assessora, talvez este não seja o termo mais adequado, mas é o que eu vou usar. E daí eles se dirigiam a mim pedindo para providenciar um quadro branco, canetas, pegar prontuários, blocos de receita, providenciar salas e etc.

... a tutora me pede para eu pegar o carimbo na sala dela. Eu disse que tudo bem, desço as escadas de novo, pela décima vez hoje, e entendo no meu papel de pesquisadora que tenho que fazer um pouco de tudo.

Com relação aos pacientes atendidos, a minha aceitação foi muito tranquila, ao serem informados da minha participação durante a consulta e questionados quanto à permissão ou não da parte deles, sempre fui muito bem recebida, me deixavam muito à vontade e a minha percepção era de que eu trazia a eles certa segurança. Por serem os alunos muito novos, quando o assunto era mais sério os pacientes olhavam para mim, contavam para mim primeiro e depois aos alunos.

A mãe da paciente, ou seja, a acompanhante, olha para mim e fala bem baixinho que na semana passada a filha estava com uma gripe muito forte. A menina vem à unidade em busca de consulta extra, apresentando um inchaço importante no rosto. Os alunos examinam fisicamente, sem um diálogo com a paciente e a mãe está considerando a informação da febre importante, fala comigo e não com eles.

Eu faço uma reflexão que esta minha aproximação que aconteceu com os alunos de determinado grupo, muito no sentido de trabalhar junto com eles, veio a ser uma estratégia que fez com que estivéssemos bastante ligados, o que favoreceu em muito a minha participação e produção de dados para a pesquisa. Brandão (2007) fala em “atitude empática” como estratégia de aproximação.

Já em outro grupo, apesar do meu esforço para que acontecesse a mesma aproximação, eu não obtive sucesso. O grupo se manteve frio e indiferente com relação a minha participação, e um vínculo não foi criado entre nós. E para mim fica claro que esta era uma dificuldade deste grupo que também não se vinculou à unidade e aos pacientes.

A situação funciona da seguinte maneira: os alunos recebem uma folhinha com o nome do paciente e breve história colhida por quem está recepcionando a consulta extra. Os alunos chamam este paciente

e o levam para um consultório, atendendo no esquema queixa – conduta, médico-centrado, voltam para o consultório para discutir o caso com o tutor e ali mesmo começam a preencher o prontuário, voltam para a sala na qual o paciente está e dão a conduta ao paciente despedindo-o.

Quando o campo era um território conhecido, a entrada acontecia de maneira tranquila e espontânea, porém o olhar para o cotidiano da unidade ficava prejudicado, por ser um ambiente familiar, os acontecimentos ao redor do meu objeto de pesquisa, a disciplina IUSC, muitas vezes passavam despercebidos.

Em unidades novas e terrenos não familiares, a observação já acontecia desde a chegada, como se eu quisesse fotografar ou filmar tudo que estava diante de mim, para complementar o meu registro em diário de campo.

A observação acontecia desde a entrada no local, os registros começavam a ser produzidos a partir da pessoa que me recebeu, a procura pelo grupo, e depois a descrição da sala na qual a consulta médica acontecia. Os registros foram sempre muito detalhados, embora durante todo o tempo eu procurasse estar focada no atendimento do paciente pelo aluno, no uso ou não das estratégias pedagógicas e nas relações entre os sujeitos da clínica: alunos, tutores e pacientes, todo o cenário entrava no campo da observação.

Ao chegar para a atividade logo começava a observar como era este local, quem eram as pessoas que estavam ali e também ficava atenta aos sentimentos que me dominavam neste momento. E embora o foco da observação fosse muito claro, não dava para isolar os demais acontecimentos.

A produção etnográfica acontecia em grande parte dentro dos consultórios, porém desde a minha chegada ao campo eu sempre procurava estar junto com os alunos, na procura e leitura dos prontuários dos pacientes que seriam atendidos, depois entre o período que se passava até a checagem do caso pelo tutor, que normalmente eram períodos extensos, nos quais os alunos ficavam em uma sala da unidade aguardando para discutir o caso com o tutor e voltar para o consultório e fazer o fechamento da consulta com o paciente.

Quando eu ia para as outras unidades, o caminho era outro, o processo de entrada ao campo se iniciava com um contato, via mensagem de celular com o tutor da unidade. Eu mandava a mensagem e esperava ansiosamente por uma resposta que às vezes demorava um pouquinho para chegar. O tutor respondendo ao meu contato, eu ligava para explicar qual seria o meu objetivo em acompanhar a atividade

da disciplina, ou então eu marcava para chegar à unidade antes do início da atividade para uma conversa com o intuito de esclarecer sobre o meu papel de pesquisadora. Com alguns tutores isso foi muito tranquilo, outros sentiram-se vigiados ou avaliados.

O meu contato com a tutora foi por mensagem telefônica, whatsapp. Eu mandei uma mensagem me apresentando como aluna do doutorado orientada pelo professor Toninho Cyrino e muito resumidamente falei da minha proposta de acompanhar as atividades práticas da disciplina IUSC III, solicitando acompanhar o seu grupo naquela semana. A tutora respondeu a minha mensagem muito prontamente, aceitando o meu pedido e colocando-se à disposição para colaborar.

A disciplina acontece de maneira muito dinâmica, os alunos chegam e já começam a buscar os prontuários dos pacientes que serão atendidos, logo em seguida sentam-se com a sua dupla, ou seja, outro colega, leem as anotações para o conhecimento do caso, tiram dúvidas com os tutores e já iniciam o atendimento. Após a anamnese, exame físico e uma conversa com o paciente, discutem os achados com o tutor e voltam ao consultório para o desfecho da consulta. Tudo isso leva por volta de uma hora e meia a duas horas. O que dificulta que haja um tempo de conversa com os alunos e tutores. Eu normalmente chegava antes do início da atividade e fazia a tentativa de sentar com os tutores para conhecer como a disciplina se estrutura na unidade, quantos são os alunos deste grupo e como se dá o processo de trabalho da IUSC na unidade.

E esta entrada em um campo novo, ou melhor, em uma nova unidade sempre me causou um frio na barriga e certo sentimento de insegurança e ansiedade. Pois seria um novo percurso, buscando conquistar a confiança do tutor e grupo de alunos.

... eu cheguei a unidade com o frio na barriga da primeira vez, logo me senti feliz e acolhida ...

Mas vale a pena contar que depois tudo corria muito tranquilamente tanto para mim quanto para os alunos, que quase sempre ficavam muito à vontade, assim como os pacientes que sempre me receberam muito carinhosamente.

A tutora me recebeu muito bem, disse aos alunos que eu os acompanharia hoje na atividade e me deu um espaço para que eu pudesse conversar com eles. Neste momento, eu que estava bem insegura, logo, me senti acolhida.

E assim como a entrada a minha permanência no campo foi sempre muito prazerosa, uma relação de vínculo e confiança foi desenvolvida com muitos dos atores, com os quais eu permaneci um tempo maior.

Outra aluna (durante a discussão de caso ampliada) vira-se para mim e fala: “obrigada Dani, você também ajudou muito a gente”.

A minha avaliação ao final de cada dia de atividade foi sempre muito positiva, os diários foram sempre muito ricos, eu saía do campo bastante impregnada com tudo que eu observava e sempre muito satisfeita com a riqueza do campo, com evolução observada no desempenho dos alunos e nas relações estabelecidas entre os sujeitos da clínica.

Eu arrisco dizer que as facilidades superaram as dificuldades, que sempre havia uma insegurança inicial, principalmente diante do novo, mas que era muito rapidamente superada pela acolhida dos alunos e tutores.

CAPÍTULO 4 – O cotidiano da IUSC

4.1 O cotidiano da IUSC: o processo de ensino-aprendizagem em uma Unidade Básica de Saúde

A IUSC III, no ano de 2015, desenvolveu-se em dez unidades básicas de saúde, o campo desta pesquisa se deu em seis delas. O presente capítulo tem por objetivo descrever, a partir de muitas consultas acompanhadas e em diferentes unidades o seu cotidiano. A proposta é compor uma cena que represente a rotina da disciplina com os três atores envolvidos neste contexto: o aluno, o tutor e o paciente.

Com voz mansa, Laura chama o senhor Walter, diante de uma sala de espera bastante lotada.

Um senhor com idade próxima aos cinquenta anos, vestido de calça e camisa jeans, tênis, expressão cansada, cabeça baixa e mãos no bolso, levanta-se e vem em direção a Laura, uma menina, alegre, vinte anos de idade, cabelos longos e soltos, roupas bem informais, moletom e tênis, revestidos por um jaleco e um estetoscópio no pescoço, ambos, o jaleco e o estetoscópio, símbolos do estudante de medicina neste cenário. Seu Walter é recepcionado pela aluna que lhe estende a mão e vai logo dizendo:

“Oi, tudo bem eu sou a Laura, aluna do terceiro ano de medicina e junto com outros colegas, eu vou atender o senhor hoje”.

Essa é a forma como todos se apresentam a “seus” pacientes, já esclarecendo a sua posição de aluno e do terceiro ano, ou seja, no início do processo de formação clínica. Essa é uma orientação da coordenação da disciplina que foi adotada pelos tutores e alunos, permitindo inclusive que os pacientes possam até mesmo recusar este atendimento, como soube já ter ocorrido inúmeras vezes, embora não tenha presenciado durante o campo. Enfim, deste modo o aluno deixa bem claro aos pacientes, desde o início do encontro, que ele está em formação, o que justifica os “não saberes”. Em muitos momentos, como este, foi comum também ouvir: “sou aluno e vou atendê-lo, mas depois chamaremos o professor para discutir conosco”.

Seu Walter simplesmente responde com um movimento positivo de cabeça ao cumprimento da aluna. No consultório estamos em seis pessoas, cinco alunos, a Laura e seus colegas e eu. O senhor Walter, sem expressar nenhum sorriso, nos olha com um olhar desconfiado e simplesmente faz um sinal positivo com a cabeça,

novamente. Todos nós o cumprimentamos, dizendo bom dia e nossos nomes. Laura toma a frente e reforça que são alunos do terceiro ano de medicina, e vai além explicando que estão ali para aprender, que vão realizar a consulta, porém contando com a supervisão do professor. Nesta cena a informação do “ser aluno” acontece por duas vezes seguidas, na sala de espera e no consultório.

Esta é uma cena numa fase bem inicial da disciplina, em que os alunos trabalham juntos, as consultas são realizadas em duplas ou trios. Com o passar do ano, o aluno passa a atender na companhia de um único colega, e geralmente as duplas são as mesmas em todas as consultas, e depois de um tempo passam a atender sozinhos. Eles mesmos, os próprios alunos, fazem esta solicitação ao tutor quando sentem-se preparados para tal.

É começo de manhã e a movimentação já é grande. Em uma ampla sala de espera muitas pessoas sentadas aguardam serem chamadas, muitos conversam descontraidamente com o colega ao seu lado, outros leem, e muitos atentos em silêncio esperam ouvir o seu nome. O trânsito de pessoas é grande, há funcionários de jaleco e sem jaleco, crachás pendurados no pescoço, os mesmos passam de um lado para outro, apressados, com prontuários na mão, conversam entre si, chamam os pacientes, aguardam a vez para falar com o médico. Apesar da intensa movimentação a impressão sempre foi de um ambiente organizado, espaços amplos e arejados, com um aspecto de limpeza, e um clima tranquilo entre as pessoas, estamos em uma unidade básica de saúde, cenário da disciplina IUSC III.

As construções das unidades de saúde em Botucatu, de maneira geral, estão conservadas, algumas bem novas, bonitas. A arquitetura da maior parte delas segue um padrão. Elas têm uma entrada ampla, com uma sala de espera espaçosa e ao lado desta dois corredores compridos, nos quais ficam localizados os pequenos consultórios. Chamou-me a atenção a disposição diferente de alguns consultórios que apresentam uma mesa encostada na parede e duas cadeiras dispostas uma ao lado da outra para receber o profissional e o paciente. Ao entrar nos consultório observo uma maca ao fundo, geralmente embaixo de uma grande janela, o que garante boa luminosidade e ventilação à sala. De um lado da sala uma pequena mesa que acomoda alguns equipamentos como um aparelho de eletrocardiograma e do outro uma pia, ao centro uma mesa com cadeiras dispostas a sua frente e atrás dela. A limpeza também chama a atenção, é possível observar um ambiente higienizado. Os móveis e equipamentos em bom estado de conservação, no corredor um armário

organizava as demandas da unidade: em uma repartição estavam os prontuários dos pacientes que aguardavam consultas, em outra os pedidos de exames, demandas da enfermagem e assim por diante.

E ao trazer esta cena de como estão estruturadas e organizadas as unidades de saúde do município, cenário da disciplina IUSC, recordo-me das narrativas dos alunos em seu “diário de campo, objeto de estudo do meu mestrado, revelando a sua surpresa com relação à estrutura e dinâmica das mesmas.

As narrativas nos mostraram que ao conhecer as unidades de saúde a impressão do aluno foi de uma unidade constituída por uma estrutura grande e bem organizada. As mesmas revelam também a surpresa com a dinâmica de atendimentos, a estrutura física ou a diversidade de serviços oferecidos. Uma surpresa que revela o contraste entre o observado e o “senso comum” com que se percebem as Unidades Básicas de Saúde do SUS.

No primeiro dia da IUSC, o objetivo foi conhecer a unidade de saúde. Pessoalmente achei a unidade constituída por uma estrutura grande e bem organizada. Conhecemos, de modo geral, as salas que compõe a unidade: de vacinação, medicamentos, de consultas, de curativos e outras. Acompanhamos algumas atividades como o acolhimento e a pós consulta. Fiquei surpreso com o número de medicamentos retirados pelos pacientes. A cada dia me sinto mais motivada em entrar nesta unidade no IUSC do 3º ano, pelo fato de ser tão organizada e com tantas possibilidades de tratamento. (Trechos dos diários dos alunos IUSC III – GODOY, CYRINO, 2013)

Os atores envolvidos nesta prática são os professores tutores, médicos vinculados à rede municipal de saúde de Botucatu, ao Hospital das Clínicas e ao Centro de Saúde Escola, os dois últimos vinculados à FMB. Esses profissionais têm um perfil diversificado quanto à área de atuação, e nesta atividade atuam como generalistas (GODOY, CYRINO, 2013). Os alunos, também protagonistas, são jovens cursando o terceiro ano de graduação médica, recém chegados à prática, estão organizados em grupos de cinco ou seis alunos, vinculados e orientados por um tutor.

Pelo corredor vem chegando Dr. Pedro e Dra. Vivian, tutores da IUSC III, vestidos de maneira informal, sem jaleco ou roupas brancas, trazem uma pasta e um estetoscópio a mão, no pescoço um crachá identificando-os como médicos e o seu local de trabalho. Ao chegarem dirigem-se a uma sala, onde os alunos os aguardam para o início da atividade.

“Bom dia!” “Tudo bem!” Os médicos, professores saem e voltam com os prontuários das pessoas que serão atendidas pela IUSC hoje. Os alunos que conversavam descontraidamente sobre os mais diversos assuntos, como provas, atlética, bateria, professores, agora querem saber quem são os pacientes, ou quais os casos que temos para hoje, ou ainda arriscam perguntar sobre algum paciente, o senhor José ou a dona Maria: “professor a dona Maria dos Anjos está aí hoje”? E independente da resposta do professor a justificativa do aluno é: “é um caso de retorno, pensei que estava marcado para hoje”.

A falta de uma agenda estruturada para a disciplina chamou-me a atenção, não em todas as unidades, mas em muitas delas. Os alunos e tutores chegam para a prática sem uma agenda definida, a não ser depois de um tempo em que a mesma acontece. Há os casos de retorno agendados, contudo o fato é revelado na hora. Os alunos atendem muitos casos de consultas extras ou eventuais, como são chamados os pacientes que procuram a unidade de saúde sem consulta agendada, geralmente com uma queixa aguda. Também atendem pacientes que são agendados para serem atendidos pelos alunos da IUSC. Casos esses que, segundo os tutores, são selecionados a partir de alguns critérios como casos não muito complexos, pacientes sem acompanhamento e que procuram a unidade para retomar uma rotina de consultas médicas, por exemplo. E os casos de retorno da própria disciplina. Este contexto de atividades nos mostra a falta de diálogo entre a instituição formadora e o serviço.

E assim foi notória uma certa desarticulação entre a disciplina e a unidade de saúde que recebe alunos e tutores como um apêndice, não como parte dela. A comunicação é falha, foram bem poucos os momentos que observei a IUSC III em um trabalho de parceria com a unidade. O agendamento das consultas foi uma situação muito clara da falta de interação, era um acontecimento não programado com a unidade que, de certa forma, apresentava uma conotação diferente quando o tutor da disciplina também era o médico da unidade.

Com um andar mais despreocupado, sorridentes e sempre muito conversadores, de calça jeans ou de moletom, tênis, jaleco e estetoscópio no pescoço, identificados pelo bordado no jaleco ou pelas roupas customizadas com símbolo do curso de medicina da Faculdade de Botucatu, chegam os alunos, bem descontraídos, param algum funcionário para perguntar se este viu o Dr. Pedro, o tutor responsável pelo grupo. Com o passar das semanas, chegam e já se dirigem a uma

sala que está destinadas a eles. O local para eles, a unidade básica de saúde, muitas vezes já é um local conhecido, pois já passaram por ele nos anos anteriores na disciplina IUSC I e II. Agora apresentam-se novamente para este local na IUSC III, porém para uma nova atividade: a consulta médica.

De volta à sala, onde os alunos estão reunidos, com os prontuários em mãos o tutor anuncia quantos pacientes estão aguardando para serem atendidos pela disciplina hoje. A formação do grupo de alunos, duplas ou trios para os atendimentos do dia fica à critério dos próprios alunos, uma conformação que se segue durante o ano para garantir o acompanhamento do paciente pelos mesmos alunos.

A discussão com o tutor acontece em diversos momentos, sendo o primeiro deles prévio à consulta. As discussões tutor-aluno são sempre bastante dialogadas, neste momento muitos tutores recorrem as orientações para a condução da consulta com base no princípios da Clínica Ampliada, dando suporte ao emprego destes princípios através das estratégias pedagógicas da disciplina. O aluno é orientado a ouvir o paciente, construir uma história clínica ampla, considerando outros aspectos do processo saúde-doença, que não só os aspectos físicos, para isso entra em cena o roteiro da anamnese ampliada. O tutor fala, mas também dá voz aos alunos, a discussão com aspectos mais clínicos ocupa um espaço maior, os aspectos psicossociais são abordados, porém timidamente. Normalmente o tutor começa perguntando sobre o caso, quer saber quais as informações relevantes encontradas no prontuário e problematiza com o aluno como será conduzido o atendimento.

“O que vocês têm que explorar neste caso”? Aqui o caso é de uma paciente, 34 anos, a Bianca com um quadro de dor no ombro, persistente há vários dias, ela trabalha como cozinheira em um supermercado. As alunas respondem que não sabem e daí ele vai falando que o importante é colher uma boa história, que faz bastante tempo que a paciente não passa por consulta, que tem que explorar a queixa para ver se está mesmo relacionada ao trabalho. O tutor fala um pouco da clínica, que neste exemplo é um caso de dor no ombro, esclarece que o certo seria pedir um ultrassom de ombro, fala dos exames que podem ser pedidos para fazer o diagnóstico diferencial de doença ocupacional. Em alguns casos como este, o tutor se antecipa bastante, em outros espera pelo posicionamento dos alunos, não faz nenhuma sugestão até que estes tracem um caminho, sendo isto uma particularidade de cada tutor. E o que pude observar foi um discurso mais inseguro, como o exemplo acima, nas fases mais iniciais da disciplina e uma pró-atividade à medida que o ano avança.

Quando os alunos estão diante de uma consulta de retorno, a discussão com o tutor fica focada nos resultados dos exames afixados no prontuário, pedidos na última consulta. É grande a insegurança com relação à comunicação destes exames.

O caso discutido, os alunos saem à procura de salas para o atendimento, que nem sempre estão reservadas. Encontrando-a, eles se ajudam na organização da mesma de modo a garantir um ambiente agradável para o paciente e acompanhante se houver.

O próximo passo é chamar o paciente na sala de espera e para isso tem sempre um aluno que se prontifica, é uma situação de insegurança para muitos deles, principalmente aqueles mais tímidos. Certa vez achei bem interessante a fala de uma aluna que me confessou ser para ela muito difícil chegar à sala de espera, sempre muito lotada, e chamar o paciente, dizendo que ela tinha muita vergonha, mas que exatamente por isso forçava-se a fazê-lo todas as semanas.

No consultório são feitas as apresentações como trouxe no início deste capítulo, incluindo a minha que era apresentada pelos alunos como aluna do doutorado, pesquisadora ou menina do caderninho, fazendo uma referência ao caderno de campo que sempre me acompanhava.

Logo inicia-se a atividade central da disciplina, a consulta médica supervisionada. E apesar da ansiedade por este momento tão esperado do curso médico, os alunos mostram-se calmos, falam com voz mansa, olham no olho do paciente. Algumas consultas começam por uma pergunta vaga: “qual a sua idade”? Mas outras começam perguntando se o senhor ou a senhora está bem? O que lhe trouxe aqui hoje? O que está acontecendo?

As consultas foram sempre bem longas, em torno de uma hora, uma hora e meia. O que para alguns pacientes era visto como um ponto positivo. Lembro-me de um paciente, o Lucas, que elogiou muito a consulta realizada pelos alunos, exatamente pelo aspecto de ser realizada sem demora e bastante abrangente. Já para outros pacientes não era muito fácil este tempo longo e as muitas questões abordadas, quando eles queriam apenas resolver o problema pelo qual estavam ali: uma tosse, um quadro de hipertensão, não considerando importante este interesse do aluno sobre as questões da vida.

A primeira parte da consulta acontece com um diálogo para conhecimento do motivo que trouxe o paciente até a consulta médica de hoje, sendo importante ressaltar que a queixa clínica é a mais valorizada, ela vem primeiro, depois outros

aspectos do processo saúde doença também são investigados, a história de vida, as relações familiares, o ambiente de trabalho, etc. Alguns alunos usam o roteiro de anamnese ampliada proposto pela disciplina e outros não. Na segunda parte o aluno realiza o exame físico e de novo o diálogo pode ser observado, o aluno conversa com o paciente explicando o que vai fazer e a maneira como vai fazer, e o paciente também é protagonista, neste contexto tira as dúvidas, se coloca, traz sugestões e orienta o aluno usando os seus saberes, como, por exemplo, o melhor posicionamento para uma ausculta, o uso do esfigmo ao verificar a pressão arterial.

Cenas como esta puderam ser observadas: o paciente deitado na maca, a aluna muito cuidadosa diz que vai fazer a ausculta cardíaca, realiza o exame e pergunta se está tudo bem. Enquanto a aluna dedica-se à ausculta, os demais alunos observam e quando necessário oferecem ajuda, como quando um colega não consegue examinar a garganta do paciente, a sua dupla pede licença para ajudá-lo e na frente do paciente demonstra para o mesmo qual a melhor posição que deve ficar a língua para facilitar o exame. As relações entre os alunos foram sempre muito positivas, foram poucas as vezes que percebi uma desarticulação ou uma situação de incômodo entre os colegas, e bem verdade é que as duplas são formadas por eles, e eu creio que assim o façam já por certa afinidade. Em um dos grupos acompanhados uma aluna incomodava-se com certas atitudes de um dos colegas e isso foi levado ao conhecimento do tutor, não sendo esta uma situação comum e frequente.

E então é chegado o momento do tutor voltar à cena. Anamnese e exame físico realizados, os alunos levam os achados para serem discutidos com o tutor. Esta discussão quase sempre acontece em um outro ambiente que não o consultório, embora alguns tutores resolvam discutir o caso na presença do paciente. Porém, quando isso acontece, sinto que se perde muito da riqueza deste momento, pois constrangido o aluno não entra muito profundamente nas condições e histórias de vida trazidas durante a consulta, a discussão acaba girando mais em torno da clínica, perdendo um pouco a riqueza deste momento. A discussão realizada longe do paciente permitia aos alunos trazer detalhes da consulta, como até mesmo a postura do paciente durante a consulta, como no caso de um atendimento de um jovem, Lucas, 27anos, bastante ansioso que permaneceu todo o tempo sentado segurando o guarda-chuva a sua frente e balançando as pernas. Outro rapaz que se dizia muito nervoso, Marcos, 38 anos, que contou que era tão nervoso que em algumas situações

de descontrole, no convívio social, no seu ambiente de trabalho, chegou a sentir o desejo de matar.

De volta ao consultório, após a discussão, ou a continuidade no consultório, quando a discussão acontecia ali mesmo, agora o tutor assume o comando da consulta. Ele coloca-se ao lado do paciente e vai dialogando a respeito dos principais pontos trazidos na consulta, com relação aos aspectos orgânicos, sociais e emocionais. O desfecho da consulta é compartilhado entre os três atores, embora a decisão fique bastante por conta do tutor, contando que estamos trabalhando com alunos do terceiro ano de graduação médica. Em alguns grupos, o aluno sai de cena e deixa totalmente para o tutor o comando deste último momento, em outros os alunos vão se colocando também, procurando um espaço para tal ou são trazidos à cena pelo tutor que dá voz para que este aluno também opine. E foi muito motivador ver que o paciente também teve o seu espaço garantido, o seu papel como sujeito da consulta e com poder de decisão sobre o seu processo de cuidado.

E foi comum observar, neste momento, uma demonstração de confiança maior no tutor, em muitas consultas os pacientes abriram-se com o tutor trazendo questões que não foram colocadas para o aluno. Também era frequente, frente a assuntos mais sérios, o paciente olhar primeiro para mim e me contar, eu que estou no cantinho da sala observando a consulta e depois falar para o aluno, talvez a aparência mais experiente frente à pouca idade e imaturidade dos alunos.

Mauricio, um paciente de 37 anos, que procurou a unidade para uma consulta extra, devido a uma lesão de pele, no tronco, presente há algumas semanas, segue a consulta de maneira bem descontraída com os alunos, diz que não está preocupado, que a esposa o fez procurar um atendimento médico. E a lesão aparentemente não representa nada grave, é pequena, com aspecto bom. Na presença da tutora, no desfecho da consulta, ele fala: “doutora tenho medo de ser um câncer”.

A próxima etapa é o preenchimento das receitas e pedidos de exames e o preenchimento do prontuário. A primeira tarefa, preenchimento das receitas e pedidos de exames, nos primeiros encontros, foi realizada conjuntamente entre o tutor e o aluno, depois aos poucos o tutor vai deixando sob a responsabilidade do aluno. Há alguns tutores que valorizam muito esta prática e fazem uma cobrança aos alunos para que este assumam tal incumbência logo. Já outros tutores não valorizam tanto e fazem junto com o aluno por muito tempo no decorrer da disciplina, considerando algo

secundário neste contexto. O preenchimento do prontuário é sempre realizado pelos alunos a partir de suas anotações em uma folha à parte, que vai sendo construída, geralmente por um aluno do grupo durante a consulta.

Tarefa concluída, despedimo-nos todos, a despedida é calorosa, com agradecimentos, aperto de mão e um até breve.

De volta à primeira sala os alunos terminam o preenchimento dos prontuários, tirando as dúvidas entre si sobre como deve ser a anotação. O preenchimento do prontuário é enfatizado como uma atribuição importante do médico em vários momentos da disciplina, onde a orientação se dá na lógica de uma história completa, com as observações importantes, havendo um incentivo para a não reprodução do que rotineiramente é encontrado como o limitar-se às informações como nome, queixa, diagnóstico e conduta. Mas sendo a última atividade ela não teve um espaço garantido de discussão.

Neste contexto de final de atividade, os alunos conversam pouco sobre os casos atendidos, ficam ansiosos pela liberação do tutor, pois sempre precisam ir embora. Estão sempre preocupados com trabalhos e provas. A sobrecarga do curso faz com que estejam constantemente sobrecarregados.

Algumas vezes o tutor pede que o grupo todo reúna-se e faz uma discussão dos casos atendidos no dia, pede para os alunos colocarem as suas percepções, e quando isto aconteceu surgiram momentos muito ricos de aprendizado.

4.2 Estratégias pedagógicas da disciplina IUSC III

As disciplinas IUSC I, II e III ao buscar um contato regular e permanente dos alunos com a comunidade, priorizando como espaços de prática bairros, domicílios, escolas e unidades básicas de saúde da rede municipal e unidades de saúde da família, adota em sua organização curricular a estratégia pedagógica de trabalho interdisciplinar com base na problematização da realidade nos territórios, campos das práticas da comunidade, procurando alcançar uma prática de ensino aprendizagem mais ativa (CYRINO et al., 2012).

Na IUSC III a atividade nuclear é a consulta médica supervisionada de pacientes adultos usuários da rede de serviços de Atenção Básica do município. A proposta é que esta prática seja orientada pelos princípios da Clínica Ampliada, com destaque a integralidade do cuidado e a humanização da prática.

As outras estratégias pedagógicas da disciplina são: a anamnese ampliada, os retornos frequentes do paciente para o mesmo aluno (vínculo longitudinal), a discussão dos casos atendidos com os tutores, a discussão ampliada com a psicologia e a produção de narrativas sobre o cotidiano dos alunos.

A seguir procuramos examinar cada uma destas estratégias pedagógicas com base na experiência de sua aplicação na disciplina e na literatura.

4.2.1 A consulta de retorno: suas potencialidades e fragilidades na disciplina IUSC III

O vínculo longitudinal, uma das estratégias pedagógicas centrais da disciplina IUSC III, é definido pela mesma como o retorno frequente do paciente para o mesmo aluno, ou mais comumente como é conhecida, a consulta de retorno. A disciplina reconhece nesta estratégia um potente recurso pedagógico para a percepção do tempo enquanto tecnologia da clínica. O objetivo da estratégia de retornos frequentes para a disciplina é promover a construção do vínculo entre os sujeitos da clínica, responsabilização do aluno pelo paciente, promovendo uma melhor compreensão do processo saúde-doença.

A atenção continuada ou longitudinalidade são termos também usados por alguns autores para definir o acompanhamento do caso, sendo um dos princípios da Atenção Primária (APS) que a diferencia da assistência convencional a qual está centrada na atenção por episódios, o que podemos entender como a responsabilização do profissional pelo paciente, ou o acompanhamento pelo paciente sem considerar a presença ou ausência de doenças (STARFIELD, 2002).

Os termos atenção continuada ou continuidade e longitudinalidade, muitas vezes utilizados como sinônimos, representam significações diferentes. A longitudinalidade refere-se à presença e ou uso de uma fonte habitual de atenção ao longo do tempo e a continuidade refere-se à sequência de consultas prevendo um mecanismo de transferência de informações (STARFIELD, 2002).

Cunha (2009) trazem uma discussão sobre os termos continuidade do cuidado e longitudinalidade na visão de diversos autores e concluem que os termos são utilizados de maneira muito semelhante: a concordância diz respeito, principalmente, ao estabelecimento de relação terapêutica duradoura entre pacientes e profissionais de saúde da equipe de APS.

A disciplina IUSC adota o termo vínculo longitudinal, que é o termo mais utilizado no Brasil, definido como relação terapêutica estabelecida entre o profissional da equipe da APS e o paciente (BARATIERI, MARCON, 2011).

Já continuidade do cuidado é um termo mais utilizado na literatura internacional para definir o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde (longitudinalidade) (BARATIERI, MARCON, 2011).

Um evento pedagógico bem pouco frequente nos currículos de graduação médica, até pelo fato dos mesmos estarem estruturados, na sua maioria, priorizando a prática dos alunos no cenário hospitalar, na APS a longitudinalidade é uma das características centrais e exclusivas deste nível de atenção (STARFIELD, 2002).

A atenção continuada como um dos princípios da APS refere-se à atenção dedicada ao paciente, ao longo do tempo, por um único profissional ou equipe de profissionais, envolvendo uma comunicação efetiva. O que visa a desenvolver uma parceria contínua, uma relação estabelecida entre os sujeitos da clínica: médico e paciente com a expectativa de seguimento longitudinal (STARFIELD, 2002).

O vínculo estabelecido a partir da longitudinalidade, da continuidade do cuidado entre a população e sua fonte de atenção visa a uma cooperação mútua entre os sujeitos da clínica, e assim o resultado prevê um melhor reconhecimento dos problemas de saúde por parte da equipe, um melhor entendimento e participação dos pacientes e como resultado desta interação observa-se a redução da incapacitação imposta pela doença (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade almeja que os indivíduos reconheçam na equipe de saúde uma fonte de atenção sua, e uma atenção orientada para a sua pessoa e não para a sua doença. E esta identificação pode ser com um profissional, com a equipe ou com o local, a unidade (STARFIELD, 2002).

Como efeitos benéficos da longitudinalidade identifica-se aumento de confiança dos pacientes no profissional de saúde, profissionais mais sensíveis à informação, melhor efetividade na preservação de uma boa condição de vida e saúde e, conseqüentemente, diminuição à menor utilização dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

O melhor reconhecimento da necessidade dos usuários, estabelecimento de diagnósticos mais precisos, redução de custos como hospitalizações desnecessárias, melhor satisfação dos usuários e o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e usuário são outros benefícios atribuídos à

longitudinalidade (BARATIERI, MARCON, 2011; SAULTZ, 2003; CUNHA, 2009; ALBEDAWI, 2004).

O vínculo longitudinal pode ficar fragilizado por alguns fatores como: busca por outras unidades de saúde nos atendimentos de rotina, e assim a não vinculação a uma única unidade de referência, a rotatividade dos profissionais de saúde, muito comum na atenção primária, e problemas com a completude e suficiência dos registros de saúde (CUNHA, 2009).

Para a coordenação da IUSC III a consulta de retorno tem grande potencialidade, como fica claro já nas primeiras aulas introdutórias da disciplina, sendo este um termo bastante valorizado na apresentação tanto para os tutores quanto para os alunos.

A proposta da consulta de retorno na IUSC contempla-se pelo fato da mesma propor uma estruturação diversa da qual observamos no ensino da clínica tradicional, sobretudo pelo fato do seu cenário de ensino acontecer integralmente na APS e não no hospital, o que a diferencia no currículo da FMB, no qual as demais disciplinas estão inseridas, na sua maior parte no setor hospitalar, estruturadas no modelo biomédico e hospitalocêntrico.

Em uma primeira reunião entre tutores e coordenação, Dra. Patrícia, uma das coordenadoras da disciplina, inicia a conversa com os tutores falando das propostas da IUSC III, sendo a principal delas a construção da relação-médico paciente e aponta que a estratégia pedagógica de retorno frequente e anamnese ampliada nos possibilitam alcançar tal objetivo.

“É preciso trazer os pacientes para o retorno e aprofundar a anamnese com perguntas mais abertas sobre o ambiente familiar, o trabalho, as atividades de lazer”.

O vínculo, peça-chave dentro da proposta da Clínica Ampliada, está atrelado à consulta de retorno na fala da coordenação.

Assim, também nas duas aulas introdutórias da IUSC III, único momento em sala de aula, a consulta de retorno é citada enfatizando as suas potencialidades dentro da proposta da Clínica Ampliada. A imagem trazida aos alunos é de um sistema de engrenagens com as seguintes orientações: **retorno – escuta – intersetorialidade – cuidado**, como os principais requisitos para a prática da Clínica Ampliada.

Ao trazer neste momento de teoria algumas narrativas de alunos que já passaram pela IUSC III, a consulta de retorno tem o seu papel de destaque, agora na formação do vínculo:

Hoje a experiência foi ainda melhor. Senti que a minha paciente estava mais confiante, dizendo mais sobre sua vida. O diabetes continua descompensado, o exame [...]. Conversamos um pouco mais, pois ela estava triste (perdeu o sobrinho). O mais gratificante foi ela dizer que, quando chegou no posto hoje e ainda não tinha me visto, ficou triste porque achou que seria atendida por outra pessoa e não por mim, e ao me ver, ficou aliviada e veio ao meu encontro.” (DC: 23/10/08)

Como já citado, o retorno de um paciente para o mesmo aluno é um evento pedagógico bem pouco frequente e não valorizado nos currículos de graduação médica, uma vez que o cenário predominante de práticas é o hospital com o paciente em regime de internação. É interessante observar que mesmo nos ambulatórios de ensino em nível secundário ou terciário, quando o retorno de um mesmo paciente se faz necessário, não há seu seguimento pelo mesmo aluno que já o atendeu, como identificou Martins (2015) em estudo com estudantes de escola médica do estado de São Paulo. Na verdade, o retorno para o mesmo aluno não é um objetivo pedagógico, dado que o interesse está mais ao aprendizado do diagnóstico da doença e sua terapêutica.

Ao acompanhar pacientes em consulta de retorno na IUSC III, os alunos surpresos com a possibilidade valorizam o fato.

O que achei mais interessante hoje foi acompanhar um paciente pela terceira vez. Pude ver as mudanças com relação aos seus hábitos alimentares e atividade física. Enfim, mudanças de estilo de vida.

Atender dois pacientes em consulta de retorno, que coincidentemente eram pai e filha, foi muito interessante para nós. O fato é que pudemos dar continuidade no atendimento que fizemos anteriormente, acompanhando o paciente de modo mais próximo e podemos adequar, corrigir e reforçar as condutas.

Achei bastante interessante atender o retorno, pois já havíamos estabelecido um vínculo com o paciente, então colher as informações e fazer as orientações foi bem mais fácil.

Nos dois anos nos quais acompanhei a disciplina tive a oportunidade de acompanhar algumas consultas de retorno, e pude verificar que a presença das

mesmas foram menores do que inicialmente imaginava encontrar, e vale aqui ressaltar que eu as procurava, devido ao seu significado e importância para a disciplina.

Há um enfoque grande para a realização da consulta de retorno e um discurso incentivador, por parte da coordenação, mas na prática as coisas se dispersam, se perdem um pouco. Pois, embora tenha-se a clareza da potencialidade da consulta de retorno, a orientação para que a mesma aconteça fica vaga.

Em unidades, nas quais o professor tutor prioriza uma agenda para a disciplina, a consulta de retorno tem o seu espaço mais garantido, se assim posso dizer, pois uma vez o aluno realizando o atendimento de um paciente agendado para a IUSC, viabiliza-se o seu seguimento, como é o caso da senhora Marisa atendida pelo aluna Adriana por quatro vezes durante o ano.

A longitudinalidade também pode ser definida como a relação existente entre um profissional de saúde e um paciente que transcende a presença de problemas e assim supõe-se que o paciente fique vinculado àquele profissional, procurando-o no caso do aparecimento de um novo problema (STARFIELD, 2002).

Na disciplina IUSC III utiliza-se o termo vínculo longitudinal, através do qual determina-se a assistência continuada de um aluno a um paciente, a partir de um evento de saúde que levou este paciente a procurar a unidade de saúde. Ficando este paciente vinculado ao aluno durante o tempo que permanecer em tratamento, pouco se fala e se observa à respeito da vinculação, independente da presença ou ausência de um evento de adoecimento, seja ele físico ou psíquico.

Nas unidades nas quais os atendimentos acontecem sem um agendamento prévio, na maioria das vezes prestando assistência aos pacientes eventuais, ou casos extras, como são chamados aqueles pacientes que procuram a unidade com uma queixa para serem atendidos sem agendamento, o retorno não se viabiliza. Neste tipo de atendimento o paciente tem uma queixa aguda e recebendo a assistência naquele momento, mesmo sendo pedido um retorno, na grande maioria das vezes ele não volta. O que contempla o vínculo com a unidade de saúde ainda acontece muito relacionado ao adoecimento e não ao processo saúde-doença.

Evento este relacionado à organização da demanda na Atenção Primária, que embora priorize ações programáticas, as consultas agendadas e o seguimento dos usuários, enfrenta a distorção do seu papel, trabalhando muito na lógica do pronto atendimento. Modelo de assistência que pode observar com mais frequência em unidades com estratégia saúde da família.

Acompanhando a IUSC III na unidade de saúde da família do Jardim da Alegria, o atendimento é da senhora Renata, 52 anos, diabética, hipertensa, com uma longa história familiar de perda de parentes muito próximos, vítimas de complicação do quadro de diabetes. Neste atendimento pude entender um pouco da dificuldade que é promover a assistência na lógica da longitudinalidade do cuidado. As alunas Maria e Marcela, em uma fase adiantada da disciplina, metade do segundo semestre, realizando a anamnese confirmam com dona Renata as informações acima, que haviam sido retiradas do prontuário. Dona Renata resiste um pouco em falar sobre a sua situação de saúde. O tempo todo repetia que veio em busca de consulta por um quadro de dor de garganta, que tinha que ser resolvido antes do final de semana, para não atrapalhar a sua programação: churrasco e cerveja. As alunas medem a glicemia e descobrem que está bastante alta, algo em torno de 388, a pressão arterial não está tão boa também. A insulina, dona Renata toma, porém não com a frequência recomendada, o inalapril, um anti-hipertensivo, só quando julga necessário, a sua preocupação é a dor de garganta. As alunas preocupadas com o quadro geral e com a falta de consultas de rotina, propõem um seguimento, mas sem sucesso. Dona Renata repete várias vezes que precisa de um antibiótico para a garganta e que voltar à unidade daqui a quinze dias, colher exames e realizar um controle da glicemia diariamente, ela não garante não. As alunas se frustram e buscam ajuda do professor tutor, que sem sucesso tenta convencer dona Renata sobre a importância de voltar em consultas de retorno para controle da diabetes e hipertensão.

Situação que ilustra muito claramente a procura da unidade de saúde como um pronto atendimento e a dificuldade para se traçar um caminho, junto ao usuário, de longitudinalidade e acompanhamento, funcionando contrária à sua lógica de trabalho e implantação.

Muitos autores discutem essa temática, ou seja, a organização da demanda nas unidades de saúde da família e os seus enfrentamentos e dificuldades, que muitas vezes obtém resistência dos próprios usuários que numa postura cristalizada valorizam a prática assistencialista, voltada exclusivamente para o curativo, preservando a atitude de busca da unidade de saúde como pronto atendimento (ARAUJO, VERAS, 2009).

Em uma conversa com a coordenação, durante uma atividade de discussão de casos ampliada com docentes da psicologia, os alunos quando questionados

afirmam que já vai passado o ano e ainda não tiveram a oportunidade de realizar uma consulta de retorno.

Em conversa com alguns tutores sobre a forma como a disciplina está estruturada na sua unidade, eles me contam que os pacientes são agendados para a disciplina que prioriza este tipo de atendimento, mas como os pacientes agendados faltam, eles acabam por trabalhar com os atendimentos eventuais, que são pacientes que chegam à unidade em busca de uma consulta não agendada, com alguma queixa aguda.

E a consulta de retorno, ela acontece aqui?

- Olha, a consulta de retorno é difícil. Aqui na unidade elas são agendadas para as segundas-feiras e fica difícil então o IUSC acompanhar, porque ele acontece às quintas.

Em outra unidade o aluno também me traz a dificuldade com tal estratégia pedagógica da disciplina: “não atendemos nenhuma consulta de retorno ainda, isso é muito difícil de acontecer, pois nem sempre o retorno é programado para a data que estamos na unidade, e daí se você chegar e dar a sorte de encontrar um paciente que você já atendeu e ele estiver ali, você faz o retorno”.

Os alunos ficam ávidos por atender a consulta de retorno: “eu queria muito realizar uma consulta de retorno, às vezes o professor até marca, mas o paciente não vem e daí não dá certo”.

Os alunos valorizam e têm dificuldade para realizá-la. No início ficam presos a uma das necessidades da consulta de retorno que é a checagem dos exames realizados.

Ao me aproximar de uma dupla para acompanhar a consulta de retorno, eles me revelam que estão nervosos com esta nova possibilidade e o que mais os preocupa é passar para o paciente o resultado dos exames pedidos na última consulta. Antes de iniciar o acompanhamento do paciente no retorno, os alunos consultam o prontuário com o intuito de lembrar fatos importantes da última consulta.

Enquanto dois alunos e eu aguardávamos o tutor para a checagem da consulta de retorno, eu perguntei-lhes como estava sendo atender um retorno. O Fernando me responde que estava sendo muito difícil, porque o paciente veio para ver o resultado dos exames e ele estava com dificuldade na interpretação dos mesmos e não sabia o que falar para o paciente. A Eloísa fala que também estava mais perdida

nesta consulta de retorno, eu perguntei se com relação ao vínculo não estava mais fácil, pois esta palavra não apareceu quando eu pedi para eles me contarem como estava sendo fazer uma consulta de retorno, mas eles superficializam o vínculo. Eloísa responde: “ah, é mais fácil”.

Em discussão de caso com o tutor, previamente à consulta, ao ser informado que trata-se de uma consulta de retorno, o tutor pergunta aos alunos se eles sabem como deve ser uma consulta de retorno. Diante do silêncio, o tutor responde a seu próprio questionamento:

- Na consulta de retorno vamos retomar os fatos importantes da última consulta, investigar se as queixas melhoraram, se ele seguiu as orientações propostas, deve-se direcionar a anamnese para investigar se houve alguma mudança desde a última consulta e perguntar se tem alguma queixa nova.

- A consulta de retorno deve começar com um breve resumo da consulta anterior, é importante saber como o paciente chegou e depois direcionar a consulta para o que vamos fazer hoje. Mas é possível que no retorno o paciente traga uma queixa nova, que não tenha nada a ver com a primeira consulta.

Uma outra dupla de alunos preparando-se para atender uma consulta de retorno questiona com o colega se é preciso realizar uma anamnese e exame físico completos, o colega responde que em tese não, se você já fez isso na primeira consulta.

Ao término da consulta de retorno o aluno traz uma consideração simples, porém muito contemplativa: “que legal acompanhar o mesmo paciente por três vezes, conseguimos muitas informações, descobrimos coisas hoje que não haviam aparecido na última consulta”.

Dona Luíza e o terceiro encontro com a IUSC

Já na sala de espera posso observar a familiaridade entre o aluno Caio e dona Luíza. Os dois se cumprimentam com sorriso no rosto e perguntam um ao outro se está tudo bem, a senhora queixa-se da demora de hoje para ser chamada. O aluno Caio pacientemente explica que há muitos atendimentos, que ele e o seu colega já atenderam um paciente hoje e aguardavam o professor para a checagem. Ali mesmo, na sala de espera, fica tudo resolvido. A primeira observação de vínculo proporcionado por uma consulta de retorno, pois não acredito que em uma primeira

consulta, num primeiro encontro aluno, e paciente tivessem essa liberdade de expressar-se com tanta facilidade.

O vínculo e a confiança são um dos efeitos benéficos da longitudinalidade, segundo alguns autores (BARATIERI, 2012; CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

A dona Luíza mora no sítio, é acompanhada nesta unidade e quando vem para a consulta traz junto a preocupação dos afazeres que deixa para trás, preocupa-se também com o marido que a traz para a consulta, mas tem pressa de ir embora, para continuar o trabalho na roça.

O Caio é um aluno muito simpático, paciente e ouve atentamente a queixa da paciente, tentando explicar-se pela demora.

Agora no consultório, eu que estava de expectadora deste encontro até o momento, apresento-me, falo o meu nome, pergunto se a dona Luiza está bem e peço permissão para permanecer na consulta, como aluna do doutorado, acompanhando a consulta dos alunos Caio e Fernando.

A dona Luiza é muito espontânea e bastante proativa: “Claro que sim, e o que eu mando aqui”?

O seu jeitinho logo faz com que todos estejamos bem à vontade. Rimos todos e eu respondo: “como não, a senhora é a pessoa que mais manda aqui”.

A autonomia do sujeito é um dos aspectos fundamentais da Clínica Ampliada (CAMPOS, 2007), proposta de ensino da clínica na IUSC III. E neste momento no qual a paciente coloca-se como alguém que não decide nada na consulta, nós, os outros atores envolvidos, trazemos para dona Luiza que ela tem um papel central, com direito de decidir, de escolher.

A consulta vai começar, a acomodação no consultório é bastante convencional, alunos sentados lado a lado atrás da mesa que os separa da dona Luíza, eu me ajeito em uma escada, destas de subir na maca em um canto do consultório, que me permite observar toda a cena focando os atores envolvidos, dois alunos e a senhora Luiza.

E quem começa o diálogo é a dona Luiza perguntando pelo terceiro aluno que a atendeu da última vez: “Cadê o outro? Vocês estavam em três na outra consulta”.

Essa iniciativa da dona Luiza pode ser observada durante toda a consulta e na seguinte que acompanhei, o seu terceiro atendimento com Caio, Felipe e Emanuel. E já de início pude observar as particularidades da consulta de retorno.

- Dona Luiza a senhora tomou o xarope que receitamos? E o fogão de lenha?

Os alunos já conhecedores do caso trazem para a consulta considerações sobre a saúde e hábitos de vida da paciente, já conhecidos por eles. Dona Luiza veio a unidade há quinze dias atrás com queixa de tosse produtiva, que se estendia por vários dias e não passava com remédios caseiros. Durante a anamnese ela contou aos alunos que morava no sítio há muitos anos, foi lá que ela criou os filhos, e que até hoje ela fazia questão de manter alguns hábitos, sendo um deles cozinhar no fogão a lenha.

- Os meninos estão todos casados, mas todo final de semana descem para o sítio, a família toda, e o que eles querem é comer a comida feita no fogão de lenha. Eu tomei o xarope sim e parei de cozinhar no fogão a lenha por uma semana, mas está me fazendo muita falta.

Os alunos ouvem tudo atentamente e dona Luiza continua falando: “eu não consegui fazer aquele exame que vocês pediram para ver o catarro. Eu posso colher durante o dia ou precisa ser de jejum? Às vezes ao meio-dia a tosse vem e tem mais secreção”.

E continua: “eu vim ver o RX, quero saber o resultado”.

O protagonismo da paciente fica nítido, ela se coloca, direciona o seu atendimento com muita confiança e segurança. Alunos e paciente já se conhecem e o diálogo flui.

Foram muitas perguntas feitas pela dona Luiza. E ela vai se colocando durante todo o tempo.

Dona Luiza continua: “fiz o RX no mesmo dia, mas se ele não chegou não adianta nada, né”!

Depois das primeiras coordenadas da dona Luzia, o Fernando toma a direção e pergunta se a paciente traz alguma outra queixa hoje.

O direcionamento dado à consulta a caracteriza como a consulta de retorno, primeiro o aluno questiona sobre o seguimento dado para a queixa que a trouxe na consulta passada, quer saber se a paciente tomou o xarope receitado e se parou de cozinhar no fogão a lenha, depois de ouvir, pergunta sobre novas queixas.

A paciente sem valorizar muito conta que tem dores nos pés, nas mãos, fala que já fez exames para saber o que é e não deu nada: “o negócio é me acostumar com elas”.

Após escutar atentamente as colocações da paciente, o aluno Caio se levanta e explica que agora vão realizar o exame físico de rotina: PA, FC e FR e que a consulta hoje é mais rápida.

O Felipe já é menos técnico e ainda prolonga um diálogo com a paciente antes do exame físico, quer saber se ela sempre se consulta nesta unidade, se ela está acompanhada do marido, se ele está apresentando tosse também.

E a dona Luiza de novo muito direta responde que o marido a trouxe sim e que ele não tem nada não, pois ele bebe e dizem que quem bebe não tem nada, em seguida até faz uma piadinha dizendo que o genro já mandou ela beber também.

Novamente foi possível observar o vínculo da paciente com os alunos, que sente-se à vontade para trazer aspectos da sua vida, da família e até de maneira descontraída

Risos e em seguida o exame físico que à medida que vai sendo realizado, vai sendo explicado no passo a passo para a dona Luiza.

O ambiente é muito acolhedor e familiar para todos ali. Os alunos realizam o exame, deixam transparecer as dificuldades, próprias de alunos do terceiro ano, a dona Luiza muito segura e participando ativamente compõe com os alunos numa relação de igualdade.

Ao verificar a pressão arterial, o aluno Caio mostra certa dificuldade, repete a operação por três vezes e nota que algo está errado. Dona Luiza imersa na cena como protagonista lhe dá uma dica: “acho que o posicionamento do aparelho não está certo”, referindo-se ao esfigmo. Mais uma tentativa e algo de errado de novo, dona Luiza: “na verdade é o aparelho que não está funcionando, acho que está vazando ar”. O aluno concorda, me olha como quem diz: “e agora”? Eu me ofereço para providenciar outro, observo e participo.

Para realizar a ausculta pulmonar os alunos pedem a dona Luiza para tirar a blusa. A pergunta foi feita com muito jeito: “precisamos fazer a ausculta pulmonar, a senhora se incomoda de tirar a blusa”? Dona Luzia responde que não gostaria de tirar e então os alunos sugerem que ela apenas levante a blusa.

O protagonismo do paciente, recomendação da prática da Clínica Ampliada é observado neste momento. O acompanhamento longitudinal permite que em um terceiro encontro os alunos antes da ausculta pulmonar perguntem à dona Luiza se ela pode erguer a blusa para a realização do exame como na última consulta e a dona

Luiza já sabendo o que vai acontecer, fica mais à vontade e receptiva para o procedimento.

Quando os alunos voltam a perguntar sobre a retirada do fogão de lenha e a percepção pela paciente da melhora do quadro, ela insiste que não vê relação e reafirma a falta que o fogão de lenha lhe faz. E para validar a sua insatisfação com a conduta conta-nos que há cinquenta anos cozinha no fogão de lenha: “a comida fica muito mais gostosa e está sempre quentinha”. Os alunos ouvem atentamente sem interrupção, respeitam a opção e o gosto pelo hábito.

Esse foi um grupo de alunos que pude acompanhar em alguns atendimentos e assim observar esta abertura para ouvir o paciente, respeitar as suas opções, sem imposições. Já em outros atendimentos, com outros alunos, tive experiências diferentes, por exemplo de não aceitação pelos hábitos e dificuldades de autocuidado trazidas pelo paciente.

A aluna Mariana acompanha a paciente Cacilda pela terceira vez, e não consegue entender porque Cacilda não está tomando o remédio de pressão. Cacilda em toda consulta se mostra fragilizada pelos problemas que vem enfrentando em casa, a não vontade de se cuidar. Mas Cacilda fala ao vento, Mariana insiste em cobrar a adesão ao tratamento.

A consulta de retorno deve promover um ambiente adequado para a formação do vínculo e empatia, porém nem sempre o aluno consegue envolver-se com a situação de um modo diferente daquele preconizado pela abordagem biomédica, biologicista. Não interessa os problemas que dona Cacilda tem enfrentado, que a levam a perder o interesse pelo tratamento, o que a aluna quer é que ela tome o medicamento a qualquer custo.

E continuando a prosa sobre fogão de lenha, um dos alunos conta que nem sabe o que é uma comida feita em fogão de lenha, já o Caio conta que é do interior, morou no sítio por alguns anos e comeu muita comida de fogão de lenha.

Dona Luiza revela que o único que ficou feliz com a restrição foi o marido que não precisou rachar a lenha.

A consulta agora se direciona para os medicamentos tomados desde que apareceu a tosse e o mal estar, dona Luzia conta dos remédios caseiros que toma, mas que desta vez não surtiram efeito.

Numa abordagem mais ampliada, os alunos também querem saber sobre como andam os exames ginecológicos preventivos e descobrem que a paciente fez

os exames e foi chamada para receber o resultado, mas não compareceu, os alunos falam da importância então de retomar este atendimento para saber dos resultados.

Exame físico realizado e história dialogada agora os alunos e dona Luiza esperam a tutora para o desfecho da consulta, a demora causa certa impaciência no trio: Caio, Fernando e dona Luiza. Mas quando o clima parece tenso pela ansiedade da dona Luiza em voltar para a casa, ela mesma resolve propor uma conversa, quer saber de onde são os meninos, conta que tem os sobrinhos que também moram em São Paulo e que ela não se imagina morando em outro lugar que não seja o sítio. Fernando conta que sente falta da capital e volta para lá todo final de semana, conta que tem um irmão gêmeo. A conversa é gostosa e a demora pela checagem é amenizada pelo clima descontraído.

O que muitas vezes não foi observado em outras consultas, os alunos ansiosos pela checagem, pela espera pela vez de checar o caso, saem do consultório e ficam no corredor conversando sobre os seus assuntos pessoais e o paciente curte a ansiedade pela espera sozinho.

Quando a tutora chega para a checagem todos abrem um sorriso, o Caio muito maroto ergue as mãos para o céu e brinca “aleluia, ela apareceu!” A tutora ri junto e pede só mais um minuto, vai tomar água, dona Luiza decide que vai sair também para ir ao banheiro.

Todos em uma situação de igualdade, talvez, o aluno brinca e a tutora corresponde, a tutora vai tomar água e a paciente ao banheiro.

Antes de passar o resultado dos exames, a tutora também familiarizada com a dona Luiza quer saber primeiro como ela passou e se o tratamento proposto ajudou ou não.

Dona Luiza reconhece a melhora com a inalação e a retirada do fogão de lenha, mas está ansiosa pelo RX.

E este segundo momento da consulta com a presença do tutor segue bastante dialogado, dona Luiza quer saber de tudo: “é verdade que muita inalação faz mal ao coração”?

A tutora explica que alguns medicamentos podem acelerar o coração, mas em doses mais elevadas. A paciente ouve atentamente.

Quando a tutora fala que o exame de RX não chegou à unidade a decepção da paciente é muito grande, o que faz com a tutora pense em um outro meio de

verificar o exame, liga para um colega do hospital e pede para a imagem ser mandada por whatsapp. A imagem chega e a paciente fica aliviada.

Enquanto a tutora mostra a imagem na tela do celular e discute com os alunos, dona Luiza demonstra o seu interesse também. E é acolhida e inserida na discussão.

A tutora chama dona Luzia: “vem aqui, eu vou explicar para a senhora”, e segue explicando o que a imagem mostra.

O quadro é de uma pneumonia, dona Luiza fica chateada e daí começa a negociação com relação ao plano terapêutico. O antibiótico indicado é decidido entre os profissionais e a paciente, se há necessidade de indicar um que possa ser fornecido pela unidade ou outro que com maior resolutividade, mas que precisa ser comprado. Antes da decisão, dona Luiza quer saber quanto custa o remédio. Tutora e alunos fazem uma busca pelo preço do medicamento, usando a tecnologia e então a paciente decide tomar o antibiótico receitado, abrindo mão da troca que poderia ter sido feita por um disponível na unidade.

Durante a ausculta pulmonar a tutora anuncia que há sibilos, a paciente logo quer saber o que é este tal de sibilo. A tutora: “é um chiado, que aparece na presença de secreção pulmonar e bem típico de um quadro de pneumonia”. As explicações acabam por deixar a paciente mais tranquila. E eu não posso deixar de expressar o meu encantamento com tal desfecho, e com a beleza da relação estabelecida entre os sujeitos da clínica.

No último encontro os vínculos ainda mais estabelecidos, a consulta flui como uma conversa. Dona Luiza muito melhor, volta para contar ao grupo como sente-se bem. Está orgulhosa pelo fato de ter conseguido realizar o tratamento “certinho”, como proposto pelos alunos.

A satisfação é nítida entre todo nós, um seguimento realizado com sucesso, vínculo estabelecido. Agora a tutora esclarece que não há mais necessidade de retorno, por esta queixa que trouxe a dona Luiza à unidade, porém seria interessante que a mesma seguisse na unidade em consultas de rotina. Como a disciplina está no final do ano, a sugestão é que dona Luiza vincule-se novamente à médica que a atendeu em outras ocasiões, porém deixa a porta aberta para recebê-la às quintas-feiras quando a disciplina acontece na unidade.

Esse foi um grupo de alunos que pude acompanhar em alguns atendimentos e assim observar esta abertura para ouvir o paciente, respeitar as suas

opções, sem imposições, bem como pode apreender a potência de uma consulta de retorno para promover um ambiente adequado para a formação do vínculo e empatia.

O que é possível observar e concluir é que através das estratégias pedagógicas eleitas pela disciplina IUSC III em seu processo de ensino aprendizagem, como a consulta de retorno, a disciplina traz grandes contribuições ao aluno na prática da clínica e proporciona ao mesmo vivenciá-la sob vários aspectos da Clínica Ampliada.

4.2.2 O roteiro da anamnese ampliada: uma entrevista dialogada

“Todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir os sentidos no ponto de convergência das diversidades”.
(TEIXEIRA, 2003)

Para falar do roteiro de anamnese ampliada, instrumento desenvolvido pela equipe de coordenação e tutores da disciplina para uso dos alunos durante a consulta médica supervisionada, é preciso discutirmos primeiro sobre a anamnese clínica tradicional, a qual serviu de base para o roteiro proposto pela disciplina. A ela introduziram-se questões mais abertas, orientadas para explorar a história de vida do paciente e desenvolver a capacidade de escuta do aluno.

Etimologicamente, a palavra anamnese se origina de *aná* que significa trazer de volta, recordar e *mnese* que significa memória, então temos como definição da palavra anamnese “trazer de volta à mente fatos relacionados à doença e à pessoa doente” (SOARES, 2014).

Um instrumento bastante antigo, a anamnese pode ser considerada como uma das principais ferramentas do médico durante a prática clínica, utilizada para a tomada de decisões em favor do paciente. Inicialmente foi utilizada com o objetivo de aliviar o sofrimento de pessoas doentes e no último século, assim como o exame físico, é recomendada para a finalidade de diagnóstico. Revestida de grande capacidade para o reconhecimento do outro e suas necessidades, porém historicamente foi desenvolvida com o objetivo de direcionar o olhar do médico para o doença, desconsiderando o doente, o que ficou mais acentuado com a medicina contemporânea tecnológica (SOARES, 2014; VOTRE, 2009; SCHRAIBER, 2008; BARROS, 2004).

Mas apesar da intensa valorização dos recursos tecnológicos, os mesmos não excedem o método clínico tradicional que traz em seu arcabouço a anamnese e o exame físico como ferramentas fundamentais da prática clínica, responsáveis por formular hipóteses diagnósticas, estabelecer a relação médico-paciente e propor o tratamento, pois a correlação dos achados diagnósticos a partir dos dados clínicos com os resultados dos exames advindos dos recursos tecnológicos se constitui na grande sacada da prática clínica moderna. Porém o bom resultado da prática clínica está vinculado ao estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, também desenvolvida durante o exame clínico e dependente do tempo e atenção dedicados à anamnese. A ideia então é investir na anamnese para que a relação médico-paciente seja valorizada, sobressaindo-se ao avanço dos recursos tecnológicos (PORTO, 2004)

A anamnese clínica tradicional se constitui em um roteiro pré-determinado, estruturado com questões fechadas, que dão pequena abertura para o paciente expressar-se mais reflexivamente. As questões referem-se à doença e estão organizadas em uma sequência determinada para oferecer a base do diagnóstico clínico. Os componentes de um roteiro de anamnese clínica tradicional são a identificação do paciente, a sua queixa principal, a história da doença atual vinculada a um interrogatório sintomatológico, os antecedentes pessoais e familiares e uma investigação dos diversos sistemas e aparelhos, já com relação aos fatores psicossociais, econômicos e culturais que podem estar presentes no roteiro, muitas vezes são pouco contemplados (PORTO, 2004).

A base da anamnese é a conversa, o diálogo, dimensão perdida no cenário atual. Schraiber (2008) fala em relação interpessoal como de fundamental importância para a prática médica, a aproximação e a interação do médico com o paciente como possibilidade de se propor uma boa intervenção. Com o cenário da medicina tecnológica, praticada nos dias atuais, há um movimento de rompimento nas relações. Os profissionais estão de um lado e do outro o seu modo de agir, os recursos tecnológicos são os grandes protagonistas que parecem até independentes dos médicos, pois os mesmos são agora os aplicadores de conhecimento, seguem rotinas de procedimentos, e não tem mais espaço para as interferências pessoais, tamanha a dimensão que tomou a utilização de recursos tecnológicos secundarizando o papel deste profissional, e por consequência, subestimou o papel de recursos como a

anamnese, que quando bem utilizada, de forma dialogada, tem um papel central no estabelecimento da relação médico-paciente.

A mesma autora (SHCRAIBER, 2008) coloca como desafio para a atual prática médica, regida pela medicina tecnológica, o resgate ao diálogo entre os sujeitos da clínica, uma prática interativa e o compartilhamento das decisões, objetivando assim um retorno da relação médico-paciente. A crise está ancorada à falta de conversa, o que remete à má utilização da anamnese clínica, desconsiderando a sua potencialidade na prática clínica.

A conversa é a essência do trabalho em saúde, considerada como “tecnologia leve”, é uma técnica fundamental na conformação do encontro na clínica. O modo de diálogo recomendado é aquele orientado para desvendar as necessidades do paciente e propor um modo de intervenção eficaz (TEIXEIRA, 2003).

Em uma tarde, acompanhando um grupo de alunos na disciplina, estamos eu, o tutor, três alunos e a senhora que passa por consulta com o grupo. Diabética, hipertensa e com um quadro avançado de artrose, dona Fátima queixa-se de muitas dores, a consulta segue dialogada, a paciente expõe as queixas, os alunos perguntam, o tutor articula as queixas com os questionamentos da paciente, ao mesmo tempo atendendo as demandas da dona Fátima e dos alunos. Em certo momento da consulta, já na fase das orientações, dona Fátima problematiza com os alunos aspectos da Clínica Ampliada:

“O bom médico é aquele que dá atenção ao paciente, ouve, presta atenção naquilo que a gente fala. Se fizer isso, a gente já melhora. Não adianta dar o melhor remédio, se não olhar na nossa cara, não ouvir o que a gente tem para falar. Não adianta nada, o tratamento nem dá certo”.

A anamnese é o primeiro passo para o estabelecimento da relação na clínica, integra o primeiro contato entre o médico e o paciente. A sua aplicação e desenvolvimento até se faz de forma dialogada, porém o diálogo na anamnese clínica tradicional está dirigido para a busca dos sinais e sintomas das doenças, moldada na sua totalidade no modelo biomédico, tendo o paciente como mero informante de dados. Essa busca excessiva por sinais e sintomas com o único intuito de elaborar propostas terapêuticas voltadas para a resolução de processos patológicos acabou por atribuir certa insuficiência à anamnese clínica tradicional, uma vez que o diálogo valoriza apenas os pressupostos biomédicos, desconsiderando as questões

relacionadas ao mundo da vida do paciente (MOURA, 2012; VOTRE, 2009; SOUTO, 2011, BARROS, 2004).

A anamnese clínica tradicional por ser um instrumento sistemático, com perguntas definidas e fechadas a respeito da doença que priorizam os sinais e sintomas, não consegue alcançar o fenômeno do processo de adoecimento na vida das pessoas, perdendo assim a oportunidade de reconhecer o que a doença representa para a pessoa que a carrega (SOUTO et al, 2011). O mesmo autor traz o seguinte pensamento: “não negamos a importância nem a utilidade da anamnese convencional, nem consideramos que ela deva ser desprezada, mas defendemos que se trata de uma ferramenta que precisa ser qualificada e atualizada às necessidades existenciais do nosso tempo que implica o cuidado em saúde”.

Para Barros (2004) a anamnese clínica tradicional está direcionada para a doença e não para o doente, e a consulta, por sua vez, se utiliza de perguntas que têm por objetivo descobrir doenças, reduzindo a anamnese utilizada a uma receita de bolo que desconsidera as singularidades de cada paciente. A recomendação é que a anamnese, assim como uma entrevista, deve ser mais arte do que ciência, e que neste cenário, o paciente deve estar com vontade de falar e o médico de ouvir. Orienta-se a mudança de postura do entrevistador para a de ouvinte, identificando a relevância da arte da escuta para a identificação das reais necessidades de saúde e de cuidado do paciente.

Muito se tem discutido a respeito da anamnese enquanto um instrumento não só diagnóstico mas também terapêutico. Quando se pensa em superação da clínica hegemônica biologicista e a contemplação da Clínica Ampliada, precisamos pensar em ampliação dos meios de intervenção, tanto terapêuticos e diagnósticos que permitam reconhecer no processo saúde-doença, não só as questões biológicas, mas também as suas dimensões subjetivas e sociais (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O movimento que estimulou o consumo de tecnologias e instituiu a abordagem biomédica das doenças resultou na desarticulação entre o sujeito e sua vida. Este contexto mobilizou movimentos de incentivo de retomada à clínica do sujeito, que propôs uma prática pautada na definição de um diagnóstico além do âmbito biomédico e da prescrição de um tratamento objetivo, isso a partir de uma estratégia que busca identificar necessidades de saúde e propor um plano de cuidados ampliado e integral (SOUTO et al; 2011).

A Política Nacional de Humanização (PNH, 2009) aponta os limites da clínica tradicional, sendo a anamnese um deles. Ao se propor a ampliação da clínica é preciso colocar o foco de intervenção no sujeito e desviá-lo da doença. E assim ao pensarmos neste sujeito doente, ou seja, portador de uma doença, é preciso considerar que o mesmo é constituído pela interação de aspectos internos (condição biológica, afetiva, desejos e interesses), bem como por aspectos externos (contexto social, cultura e rede social), e a partir daí identificar os aspectos mais relevantes no processo saúde-doença do sujeito singular (FIGUEIREDO,2012).

No entanto, a identificação destes aspectos que contribuem para a singularização dos casos não é possível em uma consulta que se utiliza da anamnese clínica tradicional, baseada no padrão da biomedicina. Para se ter um diagnóstico mais abrangente precisamos contemplar aspectos de vida do paciente, que só nos é revelado se dermos espaço para o paciente falar, narrar a sua história de vida e se estivermos abertos para ouvi-lo (FIGUEIREDO,2012).

Na Clínica Ampliada a maneira de abordar o indivíduo difere do método clínico tradicional, no qual a anamnese funciona como um roteiro direcionado para nomear uma doença. Na Clínica Ampliada, a proposta é de um diálogo, permitindo ao usuário do serviço uma reflexão sobre a sua própria condição e assim numa relação mais democrática é possível até mesmo compartilhar as decisões clínicas. É mediante uma conversa menos estruturada, de uma anamnese menos dura que o plano de significados, sentimentos e contextos pode ser acessado (BEDRIKOW, CAMPOS, 2015).

A escuta qualificada é uma tecnologia leve dentro da prática médica, que envolve relações do tipo vínculo, diálogo e acolhimento, tentando mapear o processo de adoecimento do usuário e o significado da doença para o mesmo, sendo uma das principais recomendações para a prática da Clínica Ampliada (PNH, 2009). A proposta é ir além do que o sujeito apresenta de igual no seu diagnóstico, e sim mostrar a singularidade do caso (ALBUQUERQUE, et al 2014).

Uma história clínica mais completa também tem o seu papel terapêutico, uma vez que dá voz ao paciente para que ele possa contar a sua história, e ao narrar ele retoma o contato com os sintomas, com os acontecimentos relacionados a sua situação de saúde, o que resulta até mesmo em certo grau de autoanálise (PNH, 2009).

A escuta não pode estar reduzida à coleta de evidências e sinais, as perguntas a respeito dos sinais e sintomas são importantes, mas devem ser feitas de maneira mais aberta de modo a abrir espaço para a narrativa do paciente (FIGUEIREDO, 2012).

Num roteiro de anamnese clínica tradicional isto não é possível, uma vez que o paciente não expõe facilmente os seus sentimentos, preocupações, conflitos, os seus desejos, se você não perguntar, se você não der a ele este espaço para se colocar. É preciso deixar o paciente contar a sua história de vida a sua maneira.

A anamnese com perguntas mais abrangentes surge como um instrumento disponível à prática médica capaz de contribuir para refazer esta prática no âmbito de uma abordagem ampliada da pessoa em seu adoecimento. E ela surge como uma alternativa para a obtenção da história clínica (SOUTO et al; 2011).

Além da necessidade de reformulação deste instrumento, o da anamnese clínica, para que o mesmo possa responder às novas necessidades da clínica e sua ampliação, alguns autores também discutem a sua desvalorização como um instrumento fundamental no processo de formação do profissional médico, fato atribuído à supervalorização da tecnologia e dos aspectos teóricos contemplativos do saber humano, como protagonistas na obtenção do diagnóstico médico (DICHI, 2006).

Se considerarmos a eficácia da anamnese, enquanto uma importante ferramenta para a determinação do diagnóstico clínico, autores a classificam como uma das principais ferramentas para a obtenção do diagnóstico das queixas apresentadas pelo paciente, fica óbvio reconhecer a sua importância para a formação do profissional médico. Autores também trabalham com a sua eficácia como principal formadora de vínculo entre o profissional de saúde e o seu paciente, sendo através dela que acontece o primeiro contato médico-paciente (BENSENOR, 2013; DICHI, 2006; ARIAS e GUZMAN, 2012).

Embasada nestas vertentes que orientam a eficácia e importância da anamnese é que a disciplina IUSCIII, desde a sua implantação, tem trabalhado com a anamnese ampliada, elaborada e estruturada para permitir o diálogo entre o médico e o paciente, de modo a abordar as queixas clínicas que levaram o segundo a procurar a consulta médica, mas também abordando outros aspectos da história de vida do sujeito doente.

Incorporou-se ao roteiro da anamnese clínica tradicional um conjunto de dimensões, que o aproxima de uma entrevista, a partir da ampliação da escuta através

de questões que exploram também os sentimentos relacionados aos problemas de saúde, e vislumbrando ao final o diagnóstico definido à partir dos problemas médicos, sociais e psicológicos do paciente.

Hoje fala-se em entrevista médica que precisa sobressair ao modelo da anamnese clínica tradicional, um instrumento sistemático que não consegue atingir o fenômeno do adoecimento, uma vez que se limita à descrição de fatos pouco contextualizados e acaba por hierarquizar a relação-médico paciente, verticalizando o primeiro sobre o último. O problema a ser explorado através da anamnese é sempre selecionado levando-se em conta a queixa principal a partir de uma visão organicista e priorizando o corpo desconectado da existência (SOUTO, 2011).

A entrevista é uma das formas de assistência da consulta médica, porém não são sinônimos, assim como entrevista e anamnese também não o são. Para se fazer uma boa anamnese deve-se buscar como base a utilização dos fundamentos que regem uma entrevista. Na anamnese o que se pretende é conhecer a história da pessoa, com ênfase na sua saúde e doença, para isso reúnem-se dados pré-determinados com alcance suficiente e necessário que possam fornecer aquilo que se busca saber e compreender. A pessoa é a mediadora entre os seus dados de vida e da doença e o médico. As informações devem ser retiradas do paciente, caso ele não as viabilize respondendo ao questionamento proposto na anamnese. Muitas vezes, o paciente traz algumas informações que não estavam previstas pelo médico na anamnese, e este entende estas informações como supérfluas e desnecessárias (BLEGER, 2003).

A entrevista, no caso a psicológica citada pelo autor, é tida como uma relação estabelecida entre duas ou mais pessoas, com o objetivo de observação e utilização do comportamento da pessoa durante o período em que esta relação estiver em curso. Na prática médica utilizar o conhecimento da técnica de entrevista e o que envolve a relação interpessoal é muito útil. O aspecto mais importante da entrevista está no fato de que esta se constitui numa relação em que uma das partes deve procurar entender o que está acontecendo e planejar a sua atuação pautada neste conhecimento. A sugestão é que uma parte da consulta deva ser empregada como entrevista e a outra parte aconteça no sentido de complementar os dados necessários, enfatizando que não há motivos para a mesma se transformar num interrogatório (BLEGER, 2003).

Para outro autor, a entrevista é a formalização de um encontro que se realiza para determinados fins ou objetivos de trabalho, incluindo parâmetros de tempo, espaço e o papel dos protagonistas. E apesar de pouco difundida como um instrumento valioso na clínica e no meio médico, pelo fato da supervalorização que se tem o núcleo duro do conhecimento médico, que são os dados objetivos do funcionamento biológico, enquanto que os dados, produtos da entrevista, são desacreditados como “subjetivos” e secundários. Estudos mostram inúmeros ganhos para o encontro clínico com o uso da entrevista médica (FERRARI, 1996).

O uso da entrevista em medicina pode trazer melhoras no grau de destreza técnica do diálogo, ela permite ao profissional captar o que se passa emocionalmente com o paciente, uma vez que a mesma salienta a importância do vínculo que se estabelece entre o médico e o paciente. A entrevista médica traz ganhos a ambos os lados envolvidos neste encontro: para o médico ela proporciona condições favoráveis que lhe permitem atuar com o seu melhor juízo clínico e para o paciente ela oferece um potencial terapêutico inerente à relação médico-paciente (FERRARI, 1996).

O roteiro proposto pela IUSC III contém muitos questionamentos considerando as queixas e sintomas físicos a partir da exploração dos diversos órgãos e sistemas, o que faz com que o uso fique maçante quando usado de maneira inapropriada, sem o direcionamento adequado, desconsiderando a queixa principal; mas por outro lado trabalha também com questões abertas que permitem o diálogo, um primeiro contato direcionado à formação de vínculo, quando permite que o aluno conheça um pouco a história de vida do paciente.

O roteiro da anamnese ampliada para a disciplina IUSC III: a sua significação para os tutores e alunos

“No segundo semestre vocês passarão a realizar a consulta médica supervisionada usando o roteiro da anamnese ampliada, o qual lhes dará a possibilidade de trabalhar com perguntas mais abertas envolvendo outros determinantes do processo saúde doença”.

O roteiro da anamnese ampliada entra em cena logo na primeira aula introdutória da disciplina. Toda a apresentação deste instrumento e argumentação a respeito do seu uso está embasada na necessidade emergente de resgate da conversa, do estabelecimento do diálogo na clínica e da abordagem ampliada do

processo saúde-doença, dimensões que qualificam a prática clínica e trabalham para a sua ampliação.

A ação médica está baseada na interação e engloba um fazer comunicativo na prática, e assim se faz de maneira adequada quando acontece em consonância com as necessidades sociais do paciente. Um agir comunicativo e o conhecimento das reais necessidades do paciente estão totalmente dependentes do diálogo na prática clínica. Autores sugerem o resgate imediato da conversa e do diálogo para qualificação da prática médica e apontam a anamnese como um caminho para esta retomada. Grande parte da crise vivida na medicina hoje está relacionada ao excesso de valorização da tecnologia associada à perda da conversa, esta última responsável por uma vertente da interação entre os sujeitos, promovida, por vezes, durante a anamnese (SCHRAIBER, 2008).

A mesma autora reconhece o diálogo como representante de uma prática mais humanizada, e a conversa com grande potencial para reverter a crise de confiança vivenciada na medicina moderna (SCHRAIBER, 2008).

A conversa é a essência do trabalho em saúde, grande produtora de relações, a recomendação é de uma conversa dialogada e orientada para a busca do reconhecimento das necessidades de saúde do paciente (TEIXEIRA, 2003).

O roteiro proposto para a realização da anamnese na IUSC III acaba sendo citado de diversas maneiras: “livrinho”, “anamnese expandida” ou até mesmo consulta completa, este último termo aparece quando o aluno está se referindo à necessidade de perguntar tudo na consulta.

Logo nos primeiros encontros, tutor e alunos reunidos para o início da atividade, algumas orientações são passadas para a condução da consulta médica supervisionada e o tutor pergunta aos alunos se eles conhecem o “livrinho”, referindo-se ao roteiro da anamnese ampliada. Os alunos trazem o instrumento em mãos e dizem que foram orientados com relação ao seu uso.

Quando a consulta já avançou bastante, uma conversa inicial investigando o motivo de procura pela consulta médica, sinais e sintomas da queixa principal, ISDA e exame físico, uma cena no consultório foi bastante comum, alunos sacando da mochila o “caderninho” e direcionando a conduta com a seguinte fala: “vamos colher a história de vida agora”, e daí surgiam uma série de questionamentos como estado civil, condições de moradia, trabalho e relacionamentos familiares, religião e atividades de lazer. O que podemos observar é que há a intenção de uma abordagem

ampliada, quando o aluno reconhece a necessidade de se criar um espaço dentro da anamnese para investigar a história de vida, por exemplo; porém ainda com um hiato entre a doença e a vida. Em poucos momentos pude observar a prática integrada, um diálogo no sentido de reconhecer a doença que o traz à consulta e os nuances da vida neste contexto.

O tutor recomenda o uso do roteiro para direcionar a consulta quando se identifica a dificuldade de estabelecer um diálogo com o paciente: “há pessoas que têm facilidade para conversar e interagir durante a consulta, e daí dispensa-se o uso do roteiro da anamnese ampliada, já em outras situações, quando o paciente é muito calado e não interage, daí é preciso direcionar a consulta e tentar estabelecer um diálogo, e o “livrinho” pode ajudar.

Em alguns grupos acompanhados na disciplina o roteiro não apareceu, os alunos quando questionados argumentam que haviam recebido, porém não o traziam para as consultas. Neste caso houve certa desvalorização por parte também do tutor que acompanhava o grupo e não cobrou pelo uso do mesmo, e o que pode ser observado na prática clínica eram consultas que valorizavam pouco a história de vida do paciente e o diálogo não fazia parte da relação.

O senhor Willian procurou a unidade nesta tarde para uma consulta extra, a queixa era inicialmente de dor de garganta. O grupo de alunos estava grande, eram cinco alunos atendendo o senhor Willian, que a princípio ficou um pouco constrangido, muito provavelmente pelo número grande de “médicos” no seu atendimento. E a própria aluna reconhecendo a situação, no início da conversa, em tom de brincadeira alerta o paciente: “não se assuste com tanta gente, senhor Willian”, e em seguida pede que ele conte o que está acontecendo.

Willian era um senhor de menos de sessenta anos, uma pessoa simples, bastante tímida, e que trazia no rosto as marcas da profissão de muitos anos, caminhoneiro. A queixa era uma dor de garganta que estava impedindo uma cirurgia de próstata: “estou com dor de garganta e tenho uma cirurgia de próstata marcada, mas com a garganta assim, o médico falou que não faz a cirurgia”.

Para os alunos o enfoque era resolver a dor de garganta, para o paciente a sua necessidade era desvendar o que a cirurgia de próstata significava para ele. Apesar de muito tímido, foi sinalizando durante a consulta que tinha muito medo da cirurgia, mas que sabia que precisava fazê-la, que ele havia até pensado em omitir a dor de garganta desta vez, que já o impediu várias vezes de fazer a cirurgia.

Os alunos não conseguiram avançar na mesma velocidade do senhor Willian. O paciente vai se colocando e conta fatos importantes, como por exemplo um quadro de refluxo gastresofágico e a dificuldade de uma alimentação adequada pela vida de caminhoneiro, traz ao grupo uma história importante de alcoolismo, pois fala que a dor de garganta é um quadro recorrente e que na estrada para tratá-la toma conhaque.

Informações como estas não foram exploradas na consulta, a história do alcoolismo ficou para trás, ao refluxo foi dado maior atenção, mas o refluxo não tinha importância ao senhor Willian neste momento.

Por várias vezes o paciente traz a sua preocupação com a cirurgia, e até tenta do seu jeito muito simples fazer uma associação da história da dor com o seu medo de fazer a cirurgia: “sabe, às vezes chego a pensar se a dor não é psicológica, pois ela piorou muito quando fiquei sabendo que um amigo está com câncer na garganta”. Logo volta a falar do anseio pela cirurgia: “pensei mesmo em mentir para o médico que estava tudo bem e fazer esta cirurgia logo, mas eu sei que não está”.

Os alunos ouvem tudo em silêncio e ao término da fala a aluna pergunta: “tem mais alguma coisa”? e o seu Willian muito timidamente e de cabeça sempre baixa, responde: “só isso”. Uma consulta rica, com várias questões a serem exploradas, questões estas que foram sendo trazidas pelo paciente, mas que não encontraram um terreno fértil, e então não brotaram.

Alguns pontos que me chamaram atenção na consulta do senhor Willian: primeiro a escuta, os alunos souberam ouvir, não conseguiram estabelecer um diálogo, mas souberam ouvir. O paciente não fora interrompido, porém as informações importantes trazidas na consulta não foram trabalhadas, o enfoque ficou na dor de garganta, mas o paciente foi ouvido. Soares (2014) discute a importância no processo de educação médica e o ensino da anamnese de se estabelecer uma mudança de postura do entrevistador, no caso do aluno para o papel de ouvinte, o que possibilita reconhecer a potência da escuta na identificação das necessidades de saúde do paciente e da proposta do cuidado baseado na integralidade.

Segundo ponto, apesar de não conseguir processar as informações trazidas pelo paciente durante a consulta, as mesmas foram passadas ao tutor na discussão que também não as valorizou, o desfecho da consulta foi uma receita de diclofenaco, anti-inflamatório para a dor de garganta e um outro remédio para tratar o refluxo. O medo citado várias vezes e a ansiedade referidos à cirurgia de próstata,

pela qual o paciente deveria passar não foram contemplados, assim como o alcoolismo e os hábitos de vida.

O paciente então vai embora com as receitas e um retorno agendado, ansioso e aflito, e eu penso o quanto ainda temos que caminhar para contemplarmos as propostas da disciplina. Este grupo, em particular, antes do início da consulta trouxe que não estavam fazendo uso do roteiro da anamnese ampliada. Para esta consulta, do senhor Willian, o roteiro não teria sido necessário, pois o paciente foi trazendo aspectos de vida relacionados à queixa principal, o próprio paciente abriu-se para um diálogo, mas as informações não foram valorizadas. O que me remete a pensar que a falta de uso do roteiro faz com que os alunos trabalhem na lógica da anamnese clínica tradicional, valorizando a doença principal e relacionando-se no eixo da queixa e conduta.

Tudo isso nos remete a pensar na importância do papel mais ativo do tutor, neste caso, pois são alunos de terceiro ano de graduação que recebendo informações como estas não conseguiram avançar, e apesar de toda condução e orientação da disciplina para uma ampliação da prática clínica, considerando aspectos de vida, que não só físicos, mas psicossociais, ainda em muitos momentos fazem a prática embasada na queixa-conduta tratando só o aparente.

O roteiro foi bastante utilizado por vários grupos, mas muito na lógica de um interrogatório e por vezes muito engessado.

O paciente hoje é o senhor Adão, bastante idoso, acompanhado da esposa, vindo do Hospital das Clínicas da FMB para acompanhamento na unidade básica, após estabilizar o seu quadro de diabetes. As alunas Celina e Carolina estão seguras, já passa do meio do ano letivo e a disciplina está há dois meses de finalizar, o que provavelmente garantiu a segurança e desenvoltura às alunas que até o momento já realizaram várias consultas.

Ao iniciar a consulta são feitas as devidas apresentações, alunas são acolhedoras, logo envolvem o casal na cena, não trazem o roteiro da anamnese ampliada em mãos, mas seguem com uma série de perguntas que já de início se fazem como um interrogatório:

- Quantos anos o senhor tem? É aposentado? Trabalhou em quê? Até que ano o senhor estudou? Tem filhos? Tem netos? Os filhos estão aqui em Botucatu? Moram com o senhor? E depois de todo este questionamento: por que o senhor veio aqui hoje?

O casal responde que o motivo da consulta é para um acompanhamento do quadro de diabetes, contam que o senhor Adão veio encaminhado do HC. A acompanhante faz um breve resumo da história da doença, conta dos episódios de hipoglicemia, e neste momento as alunas ouvem tudo atentamente, em seguida retomam a anamnese e seguem no mesmo modelo anterior, de interrogatório;

- Medicamentos tomados? Controle de HGT? E depois querem saber como anda a situação de saúde no geral.

E apesar do interrogatório, um diálogo vai acontecendo, a acompanhante fala bastante e as alunas ouvem e interagem. Então a anamnese ampliada permitiu conhecer vários aspectos da história de vida do senhor Adão, como um histórico de derrame, um desânimo e crises de choro que preocupam a acompanhante, hábitos alimentares que dificultam o controle do quadro de diabetes. E mesmo com as dificuldades de alunos recém-ingressados no mundo da clínica, várias considerações e orientações foram feitas no sentido de melhorar a qualidade de vida do senhor Adão.

A ideia do exercício da escuta a partir de dar voz ao paciente vem articulada à proposta de se fazer uma boa anamnese, e a orientação é que a partir do uso do roteiro você possa ampliar a anamnese que vem sendo usada na clínica. E durante estas orientações que a todo momento enfatizam a necessidade de se conhecer a história de vida do paciente, abrangendo outros determinantes no processo saúde-doença, os alunos ouvem atentamente e alguns se colocam questionando se receberão ou não orientações para tal prática. O que achei bastante interessante, pois a dúvida e o anseio não é com relação à avaliação física, mas sim ao fato de colher uma boa história. A conversa, um elemento básico em toda relação, é temida pelos alunos.

O uso do roteiro no atendimento do senhor Adão, possibilitou uma melhor investigação da doença e de fatos importantes da sua condição de vida e saúde, contemplando as diretrizes da Clínica Ampliada. A recomendação é praticar a escuta atenta, acolher toda a queixa num primeiro momento, trabalhando na perspectiva da Clínica Ampliada (MS, 2009).

O que pude observar é que durante a atividade de consulta médica supervisionada, numa fase mais inicial, o aluno carrega o roteiro em mãos e direciona a sua investigação na sequência sugerida pelo material. Em fase mais adiantada, como na consulta do senhor Adão, o roteiro, o material em si, não está presente, mas os alunos se orientam por questões mais abertas e fazem questionamentos além da

queixa principal, antecedentes pessoais, etc. Então eles se desvencilham do instrumento e praticam o diálogo e a conversa sobre os aspectos de vida do paciente, acompanhado de maneira mais espontânea e não presos ao instrumento.

A consulta hoje acontece entre três alunos e a senhora Silvia, 34 anos, passando pela unidade como um retorno de uma consulta extra, a queixa principal é uma cefaléia, severa, recorrente de muitos anos, que tem piorado ultimamente.

No caso acompanhado foi possível observar uma abordagem ampliada do processo saúde-doença, a potencialidade da anamnese proposta e a contribuição do tutor. Antes de iniciar a consulta da senhora Silvia, os alunos discutem o caso com a tutor, prontuário em mãos, observando aspectos importantes da última consulta, sendo orientados a uma abordagem completa. O tutor pede aos alunos para investigarem as condições de vida e saúde, aspectos do trabalho da paciente e explica como deve ser abordada a queixa principal, o quadro de cefaléia.

A consulta começa com as apresentações e acolhimento, os alunos são simpáticos e a paciente bem receptiva, uma aluna inicia perguntando o motivo pelo qual a Silvia procurou a consulta médica e então inicia-se um diálogo. O motivo é um quadro recorrente de enxaqueca com piora importante nos últimos tempos. A investigação clínica segue perguntando sobre a frequência do quadro, fatores de melhora e piora, medicamentos já utilizados.

A anamnese acontece de maneira dinâmica e articulando questões da doença e aspectos de vida, os alunos descobrem que a dor de cabeça se intensifica nos dias que a paciente viaja a São Paulo, devido ao seu trabalho, mas o avanço chega até aí. Em seguida perguntam sobre as questões familiares, então seguem articulando a vida pessoal, profissional e o quadro de cefaléia.

A idade da paciente não foi perguntada logo no início da conversa, quando ela conta que está com 34 anos, os alunos questionam se ela tem filhos, se ela passa pelas consultas ginecológicas rotineiramente e descobrem que a mesma não faz exames preventivos há tempos. Os alunos se prontificam em agendar os exames e uma consulta ginecológica.

Quando a paciente conta que esta semana a dor de cabeça piorou, os alunos questionam sobre acontecimentos importantes e a paciente segue contando que o marido machucou-se, o filho ficou doente, e é possível observar uma abordagem ampliada, a busca por aspectos de vida relacionados ao quadro de adoecimento.

Assim como a consulta, a discussão com o tutor também foi bem dinâmica e articulada e a conduta contemplou mudanças de hábitos e estilos de vida, orientações com relação à melhora do consumo de água e envolveu também hábitos alimentares, o grupo juntamente com o tutor resolveu não medicar a paciente, mas seguir pelo caminho da abordagem mais integral e um retorno próximo para verificar a eficácia da conduta adotada.

E assim foi possível através da etnografia das consultas apreender o uso do roteiro da anamnese ampliada empregado na disciplina, com os suas potencialidades que o distinguem de um roteiro de anamnese clínica tradicional, mas também com algumas de suas limitações. Pois ao mesmo tempo que o roteiro permite uma investigação ampla e articulada com as questões da vida, quando não usado de maneira adequada acaba por descaracterizar a prática da Clínica Ampliada com questionamentos pouco produtivos. Um tutor traz uma boa explicação aos alunos quando os mesmos, preocupados com tantas questões que o roteiro traz, querem saber se precisam fazer uma consulta “bem completa”.

Em um dos momentos iniciais da disciplina muitas dúvidas surgem dos alunos com relação à necessidade ou não de se explorar todas as questões trazidas pelo roteiro com relação aos diversos órgãos e sistemas, o tutor retoma com o grupo os objetivos da disciplina, enfatizando que o foco não é treinar o ISDA (investigação sobre os diversos aparelhos e sistemas), mas sim trabalhar com a demanda do paciente, o motivo que o trouxe à consulta.

Uma outra explicação sobre o uso do roteiro da anamnese ampliada traduz bem claramente o seu objetivo articulado ao objetivo da disciplina IUSC III: “na consulta o importante é explorar os sentimentos relacionados aos problemas de vida e saúde do paciente, pois ao dar voz ao paciente você está ajudando-o a se colocar mais próximo da sua história, das suas necessidades e assim possibilitando a organização das suas próprias idéias”.

E esta vertente ainda não foi alcançada, o que percebo é o uso do roteiro como propiciador do diálogo, da escuta e de uma abordagem mais ampla nas questões que envolvem o adoecimento e aspectos de vida do paciente, mas a prática reflexiva tanto para alunos como uma reflexão a respeito da sua vida e adoecimento para os pacientes ainda estão em um processo de construção, porém é inegável os avanços proporcionados pela proposta de trabalhar com a anamnese ampliada na IUSC III. Quando pensamos na disciplina e o seu desenvolvimento fica nítido e

marcante o progresso do aluno em sua atividade prática. O aluno consegue sim várias associações entre aspectos de vida e adoecimento, também uma qualificação no processo terapêutico que deixa de ser integralmente baseado na medicalização, como pudemos observar no caso da Silvia e outros também acompanhados durante o ano.

4.2.3 A integralidade do cuidado e a humanização da prática clínica: eixos orientadores da disciplina IUSC III

“Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (Programa Humaniza SUS, Brasil – MS, 2004. Pg.5).

Humanizar na atenção à saúde é trabalhar com os sujeitos na sua singularidade, considerando as necessidades específicas de cada um, além das necessidades biológicas mas também os aspectos éticos, sociais, educacionais e psíquicos e valorizando também a sua autonomia na execução das atividades (FORTES, 2004).

A disciplina IUSC III, como já vimos anteriormente, tem como eixos orientadores a integralidade do cuidado e a humanização das práticas de atenção à saúde. A integralidade é um princípio nuclear da reforma sanitária brasileira, que é incorporada às dimensões principais do Sistema Único de Saúde (SUS) e que também é tomada como um conceito importante para pensar a mudança na formação das profissionais da saúde. A integralidade possui muitos sentidos (Matos, 2001), dentro os quais a IUSC vai trabalhar principalmente com a unidade biopsicossocial para superar a fragmentação do cuidado individual e ampliar o olhar para a família e a comunidade, noção que tem sua origem na história do movimento da Medicina Integral, proposta nos Estados Unidos nos anos 1950 (CYRINO, MAGALDI, 2002).

A humanização das práticas de atenção, por sua vez, é também incorporada à disciplina IUSC III como elemento de orientação das práticas pedagógicas devido a seu valor para pensar a qualidade da atenção à saúde prestada, especialmente das interações entre alunos/docentes e usuários do SUS. Sua proposição como política do Ministério da Saúde é feita no início dos anos 2000, momento em que o acesso à atenção alcança uma extensão significativa e deixa de ser a maior preocupação e a qualidade desta atenção ganha destaque como desafio para o SUS.

O termo integralidade do cuidado nas práticas em saúde remete-se à realização de uma abordagem completa, holística e portanto integral. A sua gênese se dá, como já mencionado, como uma proposta da reforma sanitária, em oposição às práticas de saúde hegemônicas, reducionistas e fragmentadas (CECÍLIO, MERHY, 2003).

A integralidade, considerada um princípio orientador do SUS, vincula-se à relação entre o cuidador e o doente e a prática terapêutica eficiente, possibilitando a experenciação de ações inovadoras e o desenvolvimento de tecnologias assistenciais (LUZ, 2008). Fundamenta-se na ampliação do olhar sobre a clínica, a partir da integração de conteúdos não biomédicos, reconhecimento da sabedoria prática na clínica e investimento na dimensão dialógica, centrando no sujeito o objeto de atenção (MACHADO, 2007).

Para Merhy (2003) “o cuidado integral em saúde acontece a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras (ligada aos procedimentos e equipamentos), leve dura (ligada ao uso de saberes bem estruturados) e leves (relacionadas ao espaço intersubjetivo do profissional de saúde e o paciente)”.

Humanização da prática e integralidade do cuidado são ações emergentes para a atenção e ensino na área da saúde, dimensões que deveriam estar inseridas no processo de formação e no trabalho em saúde, mas que ainda nos desafiam a alcançá-la. Ainda é bastante evidente a enorme dificuldade para o desenvolvimento e incorporação de uma assistência à saúde mais humanizada, sendo uma das causas a formação essencialmente voltada para a aquisição da competência técnico-científica (RIOS, 2012).

A humanização da atenção à saúde no Brasil é proposta em 2001, como uma política do Ministério da Saúde (MS) voltada à humanização da assistência hospitalar. Em 2003, em nova conjuntura política, é ampliada para além do ambiente hospitalar: Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão em saúde no SUS – Humaniza SUS. A PNH tem como objetivo a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão numa prerrogativa de qualificação da saúde pública no Brasil. O programa se caracteriza como uma diretriz de trabalho, um movimento envolvendo profissionais e gestores, mais do que como um subsídio teórico-prático (DESLANDES, 2009; FORTES, 2004; PNH, 2004;).

A PNH nasce como uma resposta às necessidades de mudança no modelo de atenção à saúde e gestão. Um aspecto marcante nas práticas no nosso sistema

de saúde é o despreparo dos profissionais para lidar com as dimensões subjetivas desta prática, atrelada a modelos de gestão centralizados e verticais, inabilitando o trabalhador da saúde de seu próprio processo de trabalho (PNH, 2003).

A política nacional de humanização se fundamenta em alguns princípios como: a troca e construção de saberes, o diálogo entre os profissionais, o trabalho em equipe e a consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores no campo da saúde (PNH, 2003).

À proposta da PNH a humanização passa a ser o eixo articulador de todas as práticas e ações em saúde, destacando os aspectos subjetivos das ações humanas. Passamos a olhar o sujeito em sua singularidade, considerando a sua história de vida e considerando-o como sujeito de um coletivo (PNH, 2003). A PNH propõe alguns princípios norteadores como a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos, fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estímulo à construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (PNH, 2003).

No âmbito da atenção à saúde, a proposta da política nacional de humanização é a de incentivo ao protagonismo dos sujeitos, a democratização da gestão dos serviços e a ampliação da atenção integral à saúde, trabalhando com as seguintes diretrizes: acolhimento, gestão democrática, valorização do trabalho da equipe, garantia dos direitos dos usuários e a Clínica Ampliada e Compartilhada (PNH, 2003 -2010).

No que se refere ao processo de formação, a política nacional de humanização pode ser tomada como direcionadora para o processo da formação no SUS e para o SUS, trabalhando com quatro princípios orientadores da formação: a formação através da intervenção, este princípio pressupõe o exercício prático da experimentação no cotidiano dos serviços de saúde com equipes de saúde; a formação técnica e relacionada a modelos de gestão, principio este sustentado pelo fato de que a clínica e a técnica são influenciadas pelo modelo de gestão; o trabalho em equipe constitui o terceiro princípio orientador do processo de formação para a política nacional de humanização; o último e quarto refere-se à formação para o trabalho em rede, deixando de lado a fragmentação do nosso sistema de saúde (PNH, 2010).

O reconhecimento da grande importância da humanização na saúde elevou à condição de política pública o programa HumanizaSUS, porém a prática da humanização no cotidiano de trabalho na saúde enfrenta uma enorme dificuldade, principalmente no que se refere aos valores éticos, atitudes sensíveis e compreensão para trabalhar com a doença e o sofrimento por ela causado. A prática assistencial na medicina, hoje, acontece com a redução máxima da subjetividade e estruturada de tal maneira que a relação fica estabelecida entre instituição médica e doença. O que seria preciso reconhecer neste contexto, de uma prática médica fundamentalmente voltada ao tecnicismo com prejuízo da subjetividade e por conseguinte nos aspectos relacionais, é que o técnico e o humano são fundamentais para a qualificação da medicina e portanto, complementares e nunca cindíveis (RIOS, 2012; CAPRARA e FRANCO, 1999; SCHRAIBER, 2008).

No processo de formação o desafio para o ensino da prática humanizada relaciona-se à supervalorização da dimensão tecnológica, deixando para trás a formação humanística científica (RIOS, 2012).

A disciplina IUSC ao propor o ensino da Clínica Ampliada, orientada pela integralidade do cuidado e humanização da prática, tem como objetivo trabalhar com o aluno a prática humanizada, valorizando o paciente como sujeito nesta prática, a escuta e o diálogo bem como a contemplação de outros fatores envolvidos no processo saúde-doença, que não só os biológicos, de maneira a preparar este aluno para as demandas da prática em saúde e necessidades do SUS. A proposta é que a prática médica venha a ter como objetivo a abordagem integral.

Para discutir a integralidade do cuidado e a prática humanizada na disciplina IUSC III trago o atendimento do senhor Sérgio realizado pelos alunos durante a disciplina e objeto da minha observação participante.

Sérgio, quarenta e um anos, aposentado por invalidez, obeso e com muitas dores, procurou a unidade de saúde para retomar tratamento após um acidente de moto, há sete anos, que o deixou com algumas limitações físicas, como uma lesão em ombro direito, que dificulta o movimento deste braço e uma dor importante em quadril. As limitações citadas o impedem de trabalhar, o que fez com que ele assumisse uma vida sedentária, sem muita convivência social e hábitos de vida não muito saudáveis, alimentação inadequada, ganho excessivo de peso e apatia.

Faz toda a diferença a forma como os alunos, Caio e Fernando, iniciam e conduzem a consulta. Uma pergunta aberta, uma escuta atenta e interessada, sem

interromper a longa narrativa de Sergio sobre seu acidente, sobre os detalhes das diversas lesões e suas fortes dores, suas limitações para qualquer tipo de atividade e as consequências do quadro. Sergio vai ficando à vontade e conta sobre seu sofrimento com a perda de seu pai, devido a um infarto fulminante, no momento em que estava na UTI, logo após o acidente.

Os alunos atentos, ouvem e apenas intervêm cuidadosamente para pedir mais detalhes sobre tratamentos e cirurgias realizadas.

Uma consulta que poderia se reduzir às sequelas do acidente se amplia e dá espaço para se falar da solidão, que também é uma “sequela” do acidente, mas que não tem espaço numa consulta centrada nas lesões e doenças do corpo.

A anamnese se inicia com uma pergunta que oferece voz ao paciente, proporcionando uma chance maior dele se colocar: “Qual a razão, Sérgio, de você procurar a unidade de saúde nesta manhã”? Os alunos não começaram contaminados pelo roteiro tradicional de uma investigação clínica com perguntas como nome completo, idade, endereço e queixa principal.

E a resposta que poderia ter sido simplesmente: “preciso emagrecer” ou “tenho dores”, veio bastante contextualizada. O paciente conta do acidente de moto sofrido há alguns anos atrás, do impacto em sua vida social e familiar. A conversa é longa e produtiva. A prática humanizada e o cuidado têm como pressuposto a integralidade. Os alunos olham para o paciente e não o interrompem durante a narrativa.

À medida que o paciente vai trazendo alguns fatos à consulta, os alunos intervêm de maneira bastante coerente, sempre buscando um pouco mais daquela história, perpassando o físico e o biomédico.

Quando o Sérgio traz o desejo de emagrecer pelo fato de haver engordado muitos quilos, os alunos dialogam a respeito dos motivos que o levaram ao ganho excessivo de peso, querem saber a respeito de tentativas anteriores de emagrecer, fazem uma boa investigação sobre os hábitos alimentares e prática de atividade física, já com algumas dicas e considerações, sempre compartilhadas com o paciente. Ouvem sem julgamentos a respeito da alimentação que se dá à base de comidas rápidas, na sua maioria industrializadas e do desânimo para fazer uma atividade física regular.

Nesta conversa surgem fatos importantes como o paciente morar sozinho e não ter muito convívio social e associação deste com a alimentação inadequada e

o sedentarismo, a não vontade de sair de casa e praticar exercícios físicos. A conversa flui bastante dialogada, com uma troca de saberes e pactuação. A escuta qualificada se constitui em uma das recomendações para a boa prática médica, ao mesmo tempo que se apresenta como um dos desafios para a humanização, uma vez que são muitos os obstáculos ao agir comunicativo durante a prática clínica (RIOS, 2012; DESLANDES, 2009).

Quando perguntado sobre as sequelas do acidente e a reabilitação, o paciente conta que fez fisioterapia durante muitos anos e que agora recebeu alta. Os alunos discutindo se não seria interessante continuar com o tratamento, me chamam para participar, ampliando a discussão com outro profissional que não somente o médico. Situação facilitada por eu ser fisioterapeuta e estar ali naquele momento, porém fato que merece ser valorizado, pensando na interdisciplinaridade recomendada pela integralidade do cuidado e até pensando comparativamente com outras consultas que participei e não fui chamada para este compartilhamento, mesmo sendo casos pertinentes de serem discutidos com a fisioterapia.

A conversa vai fluindo e os alunos passam à etapa do exame físico, os colegas combinam que cada um deles ficará responsável por uma parte do exame. Quando realizam a ausculta cardíaca e pulmonar, o Sérgio conta aos alunos que na época do acidente teve tromboembolia pulmonar e que até hoje sente falta de ar aos esforços. Os alunos atentos discutem com o paciente que esta é uma informação importante e que precisa ser passada ao médico que o acompanha nas consultas de rotina após o acidente.

Aqui abro um parênteses para uma breve análise do papel da IUSC como uma proposta inovadora e o quanto ela de fato colabora para a transformação do ensino dentro do eixo da humanização e integralidade, o que fica bastante evidente em alguns grupos e nem tanto em outros.

Uma vez que a disciplina acontece em três anos, o terceiro funciona como um pódio de chegada após a IUSC I e II que representa um percurso necessário para pôr em prática as diretrizes problematizadas através de ações práticas nos referidos anos antecedentes à prática clínica. O reconhecimento do território e as visitas domiciliares na IUSC I permitem ao aluno apreender as condições de vida e saúde da população que agora na IUSC III constitui a sua clientela na clínica. As atividades de educação em saúde preparadas para a população, alvo da intervenção clínica na

IUSC III, dão aos alunos subsídios para reconhecer as reais necessidades de saúde desta e condições para trabalhar na lógica da integralidade do cuidado.

Se pensarmos no quanto de fato a disciplina contribui para impactar o ensino médico, podemos considerar como no exemplo do encontro com o Sérgio, que os alunos têm a visão para ampliar a investigação no processo saúde-doença, de estabelecer um diálogo, porém há um desafio a respeito do que fazer com as informações levantadas. A conduta ainda por vezes fica limitada, e daí é que entraria o papel do tutor de articulador entre as demandas levantadas e o que fazer com elas.

É uma primeira consulta entre o senhor Sérgio e os alunos Caio e Fernando, o grupo é bastante colaborador e é possível observar uma reação empática também. Durante o exame físico os alunos oferecem ajuda em algumas situações como tirar a camisa, considerando a lesão no ombro do paciente que o limita em alguns movimentos. Os três também conversam sobre o acidente, a maneira como aconteceu, perguntado sobre o uso de capacete o paciente responde que sim, porém reconhece que estava em alta velocidade.

E tão grande foi o clima de descontração e confiança, que em determinado momento da consulta o paciente se abre e conta das dificuldades após este acidente e que a maior delas foi a morte do pai, que sofreu um infarto quando ele ainda estava em coma na UTI.

Sinto que os alunos ficam impactados com a notícia, ouvem e não têm subsídios para avançar sobre o que isto de fato representou para o Sérgio. O fato é discutido com o tutor na hora da supervisão e colocado como algo importante.

Antes de chamar o tutor, os alunos comentam que o valor do índice de massa corpórea (IMC) encontrado está alto, indicando uma obesidade e que seria interessante pedir um exame de sangue completo e um encaminhamento para a nutrição.

O diálogo continua e agora os alunos resolvem explorar melhor os hábitos alimentares, perguntando ao Sérgio como têm sido as suas refeições, com relação à quantidade e os alimentos ingeridos, o paciente conta que tem comido mal, exagerado no jantar e ingerido muito pouco frutas e verduras. Na conversa o paciente reconhece a sua dificuldade, sem em nenhum momento ter recebido esta informação dos alunos, que trabalharam na lógica do incentivo e não de apontar as fragilidades, e considera importante o acompanhamento com a nutrição como forma de ajuda.

Os alunos ao informarem-se sobre a possibilidade de vaga para acompanhamento com a nutrição e descobrirem que pode demorar um pouco, tentam junto com o Sérgio propor algumas mudanças com relação aos hábitos alimentares. Os alunos arriscam com relação a mudanças que são conhecidas pelos seus benefícios antes de passar por um acompanhamento específico.

E ao fazer as orientações os alunos reforçam que são algumas mudanças que podem o ajudá-lo neste momento, mas que seria muito importante passar por outros profissionais como o fisioterapeuta e a nutricionista para orientações mais específicas a partir de uma avaliação.

A consulta que já havia anunciado o final da primeira etapa, que antecede a discussão com o tutor, ainda abre mais um espaço para o diálogo:

- Sérgio, você gostaria de perguntar mais alguma coisa?

O paciente fica pensativo e o aluno puxa um outro assunto: “você tem atividades de lazer? Sai de casa, vai à igreja?”

O ambiente que a IUSC proporciona é aconchegante e acolhedor deixando o paciente confortável e seguro para esta aproximação médico-paciente, que aqui se faz com o aluno e o paciente. A ambiência, um dos conceitos norteadores da política de humanização, recomenda a criação de espaços saudáveis, acolhedores e inspiradores para o encontro entre os sujeitos da clínica (PNH, 2003).

E o paciente muito confortável conta neste momento que não mora com a família, mas que nutre um bom relacionamento com eles, conta da namorada morando em outra cidade, e que não tem muitas atividades de lazer.

O Fernando arrisca tocar no assunto da morte do pai, percebi que desde que o Sérgio trouxe isso para a consulta, este aluno ficou muito incomodado e que estava esperando o momento para trazer o fato à discussão.

E foi de um jeito até bem interessante que ele introduziu o assunto: “acho que este acidente foi bem difícil para você, né! Foram dois fatos importantes e que aconteceram muito próximos um do outro”.

Sérgio bem à vontade se abre com os alunos: “afetou a minha vida pra caramba, parei a minha vida profissional, perdi o meu pai” ...

Silêncio e comoção. Ficamos os quatro ali em silêncio por um tempo. Achei muito perceptiva a atitude do aluno. O Sérgio há muito tempo não procurava um serviço de saúde para tratar as “sequelas” não aparentes do acidente. E hoje, ali, em

uma consulta extra para pensar no seu ganho de peso e qualidade de vida, retomou a perda do pai, a interrupção da vida profissional.

O aluno com bastante sensibilidade quebra o silêncio: “que bom que o senhor veio até aqui hoje”.

- “Foi isso que pensei, estou disposto a mudar”.

- “O senhor tem passado por tantos desafios, só mais um para enfrentar”.

A relação e o modo de conduzir a clínica neste momento são de fato muito contemplativos com a proposta da disciplina: a escuta, o diálogo, a busca por outros determinantes no processo saúde-doença. A comunicação como estratégia para o entendimento do fenômeno que determina a necessidade de saúde do sujeito (SOUTO, 2011).

Mais um tempo em silêncio e a conversa é retomada, os alunos perguntam onde o paciente mora, e orientam a caminhada em um local próximo da sua casa e bem agradável para tal prática. Os alunos querem saber como foi a cirurgia pela qual o paciente passou, e este bastante comunicativo segue com a conversa.

Com relação à falta de motivação para algumas práticas como a caminhada, os alunos questionam se não há uma companhia, pois a atividade em dois é bem mais estimulante e o paciente concorda e pensa em alguém que possa acompanhá-lo.

Na passagem do caso para o tutor os alunos começam falando da demanda pela qual o paciente procurou a unidade de saúde, a obesidade, e depois detalham bem todo o histórico, da mudança do estilo de vida provocada pelo acidente e as implicações que tal fato trouxe à vida do Sérgio. O tutor primeiro ouve tudo atentamente e depois pergunta aos alunos o que eles pensaram em fazer.

O tutor enfatiza que deve-se valorizar a motivação do paciente em mudar os hábitos de vida, orientando que as mudanças devem acontecer de maneira gradativa e sempre em consonância com os interesses do paciente, sem propor mudanças muito radicais.

O tutor valoriza a atitude dos alunos de passar algumas orientações sobre a mudança dos hábitos alimentares, alegando que como profissionais da saúde temos condições para trabalhar com esta visão mais geral até que haja a possibilidade de passar por consulta com um especialista.

Com o paciente de volta à sala, tutor e alunos iniciam-se as orientações como forma de conduta para a consulta do senhor Sérgio.

Um momento muito marcante é a pergunta feita ao paciente antes de passarem as orientações e indicações para aquela consulta: “por onde o senhor gostaria de começar”? Claramente observamos o incentivo ao protagonismo do paciente, colocando-o como sujeito da sua vida e responsável pelo cuidado da sua saúde. A autonomia e protagonismo do paciente são valores norteadores da prática humanizada (MS, 2009).

O aluno espera pela resposta, silêncio e depois esclarece que tem algumas orientações, mas que para ele é bem importante saber se o paciente está de acordo ou não, se gostaria de mudar alguma coisa na conduta.

Na Clínica Ampliada o modo de produzir saúde está intimamente relacionado ao diálogo qualificado, com vistas a possibilitar decisões compartilhadas na prática clínica (MS, 2009).

O acolhimento ao paciente e o reconhecimento de que ele traz uma necessidade de saúde legítima e singular são princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH, 2003).

Outra atitude dos alunos é de não cobrarem por mudanças imediatas: “a princípio é muito válido se pensarmos em não ganhar peso, perder pode ser mais difícil em uma segunda etapa, mas se não ganharmos já está muito bom”.

As orientações anotadas em um papel de receituário, onde normalmente são anotados nomes de medicamentos, agora contêm dicas de nutrição como comer mais vezes ao dia e em porções menores, evitar frituras, aumentar a ingestão de água e caminhada. A sugestão é que as dicas fiquem afixadas na porta da geladeira.

O paciente pega o papel e diz que está muito motivado, agradecendo com entusiasmo a todos nós ali presentes.

Se pensarmos nas coordenadas sugeridas para a prática da humanização do cuidado e assistência integral é possível detectar tais ações propostas em muitos momentos na consulta do Sérgio como promotora do encontro dele com os alunos Caio e Fernando.

Outra observação foi a valorização da escuta e do diálogo, perspectivas humanistas que sobressaíram-se à tecnologia. No caso do senhor Sérgio, alunos e tutor julgaram desnecessário a prescrição de exames, o uso da tecnologia, eles souberam entender que já havia diagnósticos definidos, como no caso da lesão em membro superior e então buscaram conhecer as condições de saúde e doença sob outros aspectos.

A medicina moderna tem buscado reintegrar a dimensão biopsicossocial às práticas de saúde na busca por um novo modelo de assistência capaz de se contrapor à biomedicina e sua prática especializada e fragmentada (CRUZ, 2013).

Aqui pudemos vivenciar a clínica como um espaço de “produção de relações” e de intervenção partilhada, à partir de uma aproximação dos interesses do paciente (RIOS, 2012).

É indiscutível o tamanho da evolução que a disciplina proporciona aos alunos na prática clínica pautada na humanização e integralidade do cuidado, porém ainda falta a contemplação da compreensão do sentido do adoecimento para o sujeito, como ele se sente com aquela doença e como isso afeta a sua vida, o diagnóstico deveria se abrir para uma discussão sobre o estar doente. Acredito que para isso precisaríamos de um tempo maior trabalhando com a proposta da Clínica Ampliada. Até aqui temos uma primeira etapa alcançada.

4.2.4 Narrativas na clínica: avaliação, reflexão e prática na disciplina IUSC III

A disciplina IUSC tem se mostrado cada vez mais instigante. A cada semana multiplicam-se os desafios ao atender cada paciente. O caso do senhor Roberto destacou-se para mim, como o mais desafiador. Um senhor na sétima década de vida chega ao consultório de muletas, mal podendo se apoiar sobre as pernas, muito magro e exalando um forte cheiro de urina. Há vários anos o senhor Roberto procurava os serviços de saúde de Botucatu com muitas queixas. Há oito anos tem um quadro de fraqueza nas pernas, que o impede de trabalhar e um zumbido no ouvido acompanhado de tontura, não cessa. Ele é etilista há trinta anos, e chega a beber 1,5 litros de pinga diariamente. Ao atender esse caso fiquei chocado, a sensação era de frustração por não saber o que fazer e confesso que não gostei da sensação de desespero e impotência frente ao caso do senhor Roberto...

(Trecho da narrativa do aluno Renato: IUSC III 2015)

A narrativa do aluno Renato a respeito do paciente, o senhor Roberto, nos chama a atenção de que o encontro médico-paciente, ainda que de um aluno, é rico em impressões que poderiam ser tomadas como “estranhas” à semiótica clínica “isenta” de subjetividades.

Um dos desafios da prática médica no interior da Medicina Tecnológica é o de superar o caráter impessoal e de desvalorização do paciente enquanto sujeito da clínica.

O desafio da escuta do outro que vem sendo colocada como essencial ao desenvolvimento de um bom encontro médico-paciente inclui a percepção de si mesmo neste encontro.

Escrever sobre esta experiência de assistir a um outro que foge do esperado pode ajudar o aluno a perceber seus sentimentos despertados neste encontro, e assim ajudá-lo a compreender as singularidades deste encontro.

Dentre as abordagens que vêm sendo desenvolvidas para superar os limites da Clínica tradicional, na qual o aluno aprendia ser importante cortar o paciente quando este fugisse do encadeamento do raciocínio clínico, está a Medicina Narrativa.

A literatura trata como narrativa em medicina ou narrativa médica, a técnica do ouvir o paciente, de maneira atenta, sem interrupções, valorizando a sua história de vida, o núcleo está na forma como o paciente fala da sua doença e o modo como o médico a representa em palavras. A habilidade narrativa está relacionada à capacidade do profissional de ouvir o paciente e render-se a sua necessidade (CHARON, 2006).

Ao narrar a história do paciente, o profissional busca fazê-lo por meio de uma escrita significativa trazendo o contexto no qual o paciente está inserido e o que foi revelado no encontro profissional-paciente (CHARON, 2001).

Na IUSC III, como já apontamos, o registro escrito da vivência cotidiana do aluno na clínica é uma das estratégias pedagógicas da disciplina e se constitui num elemento fundamental no seu processo avaliativo e no estímulo a uma escrita reflexiva sobre a prática clínica.

A necessidade de promover um ensino vinculado às diretrizes do SUS, tem incentivado as escolas médicas a propor mudanças na formação, tais como: a adoção de metodologias ativas de ensino aprendizagem e a inserção dos estudantes em serviços de Atenção Primária desde o início da sua formação, incorporando o ensino da clínica neste cenário.

Ao adotar a Atenção Primária como cenário de prática, a disciplina IUSC III vem buscando incorporar estratégias de ensino-aprendizagem para a ampliação da prática clínica para alcançar um aprendizado significativo e mais próximo das necessidades de saúde da comunidade

O desafio para ensino da clínica está em construir novas práticas que possam ir além da biomedicina, centralizada essencialmente na doença, reduzindo o organismo humano ao biológico e super valorizando os recursos diagnósticos, desvalorizando a subjetividade das relações (RIOS, 2010).

A proposta de mudança nos currículos está direcionada à melhor articulação entre o conhecimento formal, a teoria, tão valorizada nos currículos atuais, e a prática. A fragilidade em tal articulação se deve, essencialmente, à maneira fragmentada como está organizado o currículo que reflete no modo da assistência prestada, que acaba por segmentar o doente, que é visto em metades, em porções e não no todo. Esta realidade faz com que após 100 anos do Relatório Flexner, grande responsável pela organização dos currículos de escolas médicas na atualidade, uma outra proposta de reforma se faça necessária pensando agora na superação de alguns entraves que fazem com que o ensino e assistência estejam tão distantes das necessidade de saúde das populações.

Desde o Relatório Flexner (1910), responsável pela orientação do ensino médico de forma científica e rigorosa, muito pouco se mudou na estrutura dos cursos médicos, a chamada para uma nova reforma se faz através de recomendações bem diferentes, como por exemplo a inserção na clínica desde os primeiros anos da formação, vislumbrando uma relação de vínculo entre o aluno e a população assistida, o seguimento longitudinal dos casos, o conhecimento da realidade de vida desta população, identificando os problemas prevalentes e desenvolvendo estratégias de cuidado, reconhecendo que tudo isso se faz possível investindo-se em técnicas de ensino-aprendizagem capazes de promover a aproximação entre o aluno e o paciente (IRBY et al, 2010).

Estas mudanças ainda que necessárias são de difícil manejo, pois exigem reformulações no modo de conduzir a prática clínica na esfera da interação e comunicação aluno-paciente, do estímulo a atitudes e ações empáticas e afetivas, que ampliem o vínculo e recuperem a confiança, aspectos que têm contribuído para o sucesso e efetividade da clínica. Em síntese, espera-se que o perfil do futuro profissional assuma um caráter humanístico e socialmente responsável (FEUEWERKER, 2000; VIEIRA et al, 2007).

A disciplina IUSC adota algumas propostas orientadoras para abranger a prática recomendada, sendo algumas delas já citadas como a prática da Clínica Ampliada e suas diretrizes como a integralidade do cuidado e a humanização da

prática. A narrativa médica, ainda como uma das estratégias pedagógicas em construção para a disciplina, vem sendo inserida neste contexto.

A narrativa surge na prática clínica como elo que promove empatia na relação profissional-paciente, relação reflexiva consigo mesmo, profissionalismo entre os colegas e fortalecimento do vínculo com a sociedade (CHARON, 2001).

A proposta da narrativa na prática clínica surge como um novo modo de ver o processo de adoecimento, procurando romper com o reducionismo biomédico, cuja clínica e sua ação são praticamente independentes do discurso do paciente. A proposta da narrativa em medicina assume o objetivo de qualificação da clínica (FAVORETTO, 2007; 2011).

A narrativa tem o papel de um fio condutor da perspectiva de ampliação da prática clínica na APS, a partir da ampliação do saber clínico, uma vez que nesta podemos observar a incorporação dos aspectos biopsicossociais ao processo de adoecimento e também os significados e representações sociais significando-o (FAVORETTO, 2007).

A narrativa médica trabalha com um objeto prefixado à **doença** e um objetivo que é o de compreendê-la como um **problema** e uma verdade a ser conhecida. E na sua formulação ela permite reconhecer a estruturação do raciocínio clínico (FAVORETTO, 2007).

A capacidade de escuta, diálogo e interpretação dos significados das situações trazidas pelos pacientes, assim como a capacidade de organizar o cuidado a partir desta compreensão, são elementos centrais da dimensão relacional do trabalho e compõem a base da prática clínica (FAVORETTO, 2007).

Narrativas em medicina são um tópico de grande interesse para os profissionais de saúde e acadêmicos preocupados com a educação médica no futuro imediato. Atualmente há uma forte sustentação acadêmica da importância do estudo das narrativas como uma atividade central na prática e ensino da medicina (GROSSMAN, 2006).

“O modelo biomédico obscurece e menospreza aspectos emocionais, sociais e culturais da doença. Ao focar a atividade de contar histórias e suas múltiplas interpretações como cerne da prática clínica, as narrativas literárias apresentam-se como importantes ensinamentos da arte de comunicação médico-paciente. Entretanto, apesar desta certeza, inclusive já apontada em diretrizes oficiais sobre o conteúdo dos currículos de graduação em medicina, as iniciativas

ainda são muito incipientes nas escolas medicas brasileiras” (FAVORETTO, 2008, p.13).

Para a coordenação da IUSC III as narrativas produzidas pelos alunos podem representar a singularidade de cada caso, a expressão da subjetividade. Ao apresentar a narrativa para os alunos enfatiza-se a importância de ouvir o paciente e da narrativa como uma forma de entender a maneira como este se expressa, e assim poder representar em palavras as vivências do paciente no seu contexto de vida, saúde e doença.

“Deixe-se surpreender pela história que o paciente traz na consulta médica”, explicação trazida pelo tutor ao apresentar a proposta da medicina narrativa para a disciplina IUSC.

O tutor recomenda que o conteúdo das narrativas deve envolver sentimentos, as angústias e as dificuldades do aluno, e assim podendo também assumir um papel de comunicação entre o tutor e o aluno.

O papel da narrativa no processo de formação do médico também é explorado pela coordenação. A recomendação é de que não seja um mero registro da atividade diária, mas sim uma reflexão sobre a prática e o encontro aluno-paciente.

Como uma das estratégias pedagógicas da disciplina, a proposta é de estimular o aluno a fazer o preenchimento do instrumento chamado de “caderno do aluno”, através de uma escrita reflexiva a respeito das atividades desenvolvidas diariamente, suas percepções e vivências.

O “caderno do aluno”, na IUSC III, é um dentre os diversos instrumentos de avaliação formativa que podem ser utilizados. Neste diário reflexivo, como também pode ser chamado, os alunos relatam suas experiências vivenciadas na atenção à saúde prestada na UBS/USF. Como tal, “permite acompanhar as atividades do aluno e a atuação didática dos professores, fornecer subsídios para a avaliação do desempenho dos estudantes, apoiar processos de reformulação da prática pedagógica a partir do feedback dos discentes e funciona para o aluno como um importante instrumento de auto-avaliação” (ARAÚJO et al., 2006).

Como objeto de pesquisa do meu mestrado os diários de campo dos alunos da disciplina IUSC III foram analisados de acordo com o conteúdo dos registros das narrativas, revelando-se um potente instrumento de avaliação formativa e com um

grande potencial para incentivar o aluno a refletir sobre esta prática (GODOY, CYRINO, 2013).

Em 2015, ano em que realizei a observação participante da prática na disciplina IUSC III, as narrativas foram solicitadas aos alunos em quatro momentos durante o ano com base nas atividades desenvolvidas.

Na abertura da disciplina, a coordenação orienta os alunos sobre o desenvolvimento da narrativa, como uma oportunidade aos mesmos de contar uma história boa ou ruim dos atendimentos realizados. Qualifica-a como aberta, o que garante ao aluno a oportunidade de escrever livremente sobre as experiências vividas na disciplina.

Outra referência à narrativa na disciplina IUSC III vem do seu papel como um dos critérios a serem considerados no processo de avaliação do aluno. O seu valor no processo avaliativo está relacionado a sua entrega e conteúdo explorado, levando-se em consideração o desempenho do aluno em desenvolver uma escrita reflexiva sobre a sua prática. E considerando-se o processo de avaliação como sendo formativo na disciplina IUSC, a narrativa traz grande contribuição, pois ela acaba por revelar as impressões do aluno com relação a sua prática, sobre aspectos que muitas vezes não são percebidos pelo tutor no dia-a-dia. Nas narrativas o aluno conta suas dificuldades, suas conquistas e desenvolvimento na prática clínica.

Uma estratégia que ainda merece um certo aperfeiçoamento, apesar do seu uso já há alguns anos na prática médica, no processo de formação, particularmente na nossa instituição ela surge como uma proposta inovadora e que precisa ser lapidada. Falta um aprimoramento para que os tutores possam recomendá-la na prática. Sempre que surge a proposta de desenvolver as narrativas, o que pude observar é que não há uma padronização para a sua aplicação, sobretudo no ano de 2015.

Quando a narrativa era desenvolvida diariamente no diário de campo do aluno, a mesma era direcionada por algumas perguntas que norteavam a escrita, e a diferença ficava na capacidade do aluno desenvolvê-la de maneira reflexiva ou não.

As perguntas direcionadoras para o preenchimento do diário: *o que aprendi na consulta médica ou na atividade de hoje? Quais as dificuldades que encontrei na consulta médica ou na atividade de hoje? O que mais gostou ou achou motivador no dia de hoje?* A partir das questões apresentadas, os alunos desenvolviam suas

narrativas contemplando as suas percepções e vivências referentes à prática clínica aprendida e desenvolvida.

O conteúdo das narrativas traziam discussões ricas com relação ao processo de ensino aprendizagem, a percepção e apreensão da Atenção Primária à Saúde, questões referentes às relações neste contexto: aluno-paciente, aluno-aluno e aluno-professor (GODOY, CYRINO, 2013).

Outro aspecto importante das narrativas no caderno do aluno foram as descrições sobre as habilidades adquiridas, as facilidades e dificuldades nas atividades propostas. Muitos cadernos, num primeiro momento, trouxeram as expectativas do aluno com relação à disciplina, assim como num último registro apresentaram uma avaliação da disciplina (GODOY, CYRINO, 2013).

A literatura trata como narrativa em medicina ou narrativa médica a técnica de ouvir o paciente, de maneira atenta, sem interrupções, valorizando a sua história de vida, o núcleo está na forma como o paciente fala da sua doença e o modo como o médico a representa em palavras. A habilidade narrativa está relacionada à capacidade do profissional de ouvir o paciente e render-se a sua necessidade (CHARON, 2006).

Na IUSC a narrativa volta-se à técnica da escrita reflexiva do aluno a partir das suas vivências na prática clínica, as questões abordadas referem-se à experiência de conhecimento da unidade de saúde, as relações experimentadas neste cenário: aluno-aluno, aluno-professor e de maneira muito singular a sua relação estabelecida com o paciente, as estratégias pedagógicas e o seu uso destacando as potencialidades e limitações também estão representadas nas narrativas.

Penso que há uma urgente necessidade no aprimoramento e padronização da técnica das narrativas na disciplina IUSC III. São muitas as críticas dos alunos com relação à sua aplicação. Para os tutores ainda não há uma clareza também com relação ao seu emprego enquanto estratégia pedagógica. Por muitas vezes pude observar uma certa desorganização com relação ao emprego da narrativa, como por exemplo relacionar a escrita da narrativa como sendo o instrumento utilizado na discussão de caso, quando na verdade são dois instrumentos distintos dentro da disciplina. A narrativa solicitada refere-se a uma escrita sobre as percepções do aluno na prática proposta e a atividade de discussão de casos pede a eleição e apresentação de um caso por grupo de alunos, pensando na discussão a partir dos desafios que este caso trouxe ao grupo.

Em certo momento uma aluna traz uma crítica com relação à narrativa como critério avaliativo na disciplina. A argumentação contra a narrativa é fundamentada como algo que é desnecessário como uma escrita reflexiva, uma vez que a prática na disciplina já é reflexiva. O tutor defende trazendo a ideia de que “quando você sistematiza suas ideias, na narrativa, surge um sentimento mais aprofundado. Quando você escreve, você tem que falar como foi, o que aconteceu, você dá um plus no seu sentimento como aquilo que te pegou. A narrativa é um reforço positivo para a prática”.

Outro tutor argumenta com a ideia de que pessoas mais tímidas têm dificuldade para se colocar no grupo e daí na escrita fica mais fácil dela se colocar.

A discussão não vai longe, penso que o papel fundamental das narrativas seria o de desenvolver a capacidade de envolver-se com a história do paciente, ouvir sem interrupções, desenvolvendo a capacidade de atenção, vislumbrando a leitura atenta do momento do encontro clínico e em seguida uma escrita reflexiva.

Na disciplina IUSC III, pude observar maior efetividade com relação ao uso da narrativa quando ela acontecia diariamente, com a anotação em diário de campo, logo em seguida da atividade clínica. No calor do acontecimento, os alunos escreviam sobre a experiência vivida. E assim contemplando a prática da reflexão. No modelo usado no ano de 2015, o do desenvolvimento da narrativa em quatro momentos, acredito que o seu papel ficou muito aderido à necessidade de entrega atrelada ao papel avaliativo, garantia da nota. Porém mesmo assim foi possível observar escritas reflexivas.

CAPÍTULO 5 – Um descrição etnográfica da IUSC em 4 cenas

5.1 A introdução à prática da Clínica Ampliada na disciplina IUSC III

Cenário: central de salas de aula da FMB

Na perspectiva de se estruturar como uma disciplina inovadora que se propõe a romper com a concepção biomédica do processo de ensino-aprendizagem na área da saúde (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2014) a disciplina IUSC elegeu como cenário de prática a comunidade e seus equipamentos. No terceiro ano (IUSC III) com exceção de duas aulas introdutórias que acontecem em sala de aula, a disciplina se passa integralmente nas unidades básicas de saúde, tendo como atividade principal a consulta médica supervisionada orientada pela integralidade do cuidado e humanização da prática, tendo a Clínica Ampliada como direcionadora desta proposta.

A introdução da disciplina se propõe a trazer para este momento a discussão da Clínica Ampliada como proposta de Cuidado, bem como a apresentação de cada uma de suas estratégias pedagógicas eleitas com o objetivo de subsidiar tal prática. Nestas duas aulas são apresentados os objetivos e proposta de trabalho da IUSC III aos alunos e tutores.

Para introduzir o tema: Clínica Ampliada e Compartilhada, Dra. Patrícia, uma das coordenadoras da disciplina, trabalha em cima de um caso atendido em seu ambulatório. O caso é do menino Pedrinho.

Antes de apresentá-lo, numa tentativa, um pouco frustrada, a coordenadora dialoga com os alunos a respeito do que é clínica, qual a proposta da disciplina nos anos anteriores, IUSC I e II, para se chegar à prática clínica no terceiro ano, que deve ser uma prática ampliada. Porém a sala não colabora, trazendo muito pouco a respeito dos temas abordados.

Um aluno para responder ao questionamento do que é clínica, muito resumidamente fala: “você entra no consultório, apresenta uma queixa e o médico te examina, pede exames, dá um diagnóstico, medica e te manda embora”. É possível com esta resposta apreender a visão limitada e biomédica que os alunos trazem a respeito do cuidado à saúde. Embasado no modelo de ensino hegemônico na graduação médica caracterizado pela sua centralidade na doença, dependente de

equipamentos diagnósticos e terapêuticos desconsiderando a subjetividade da relação (BRASIL, 2004), pois na fala do aluno a clínica está reduzida a uma queixa, diagnóstico e conduta, herança da medicina tecnológica, que tem o médico como um aplicador de conhecimento, que se orienta por rotinas de procedimento, deixando de lado a intersubjetividade das relações (SCHRAIBER, 2008).

Com relação aos anos anteriores da IUSC, que são considerados preparatórios para a prática no terceiro ano, os alunos não têm o reconhecimento de tal potencialidade, pois respondem que no primeiro e segundo ano da disciplina eles só conversavam, não reconhecendo a conversa como uma das bases da consulta médica, a atividade central do 3º ano.

E o que pensar a respeito desta fala; “só conversávamos”, se a conversa é o coração da IUSC, incentivada e subsidiada como prática na disciplina por duas de suas estratégias pedagógicas: o uso do roteiro da anamnese ampliada e a própria Clínica Ampliada. Além de ser considerada como o grande “nó” a ser solucionado na assistência à saúde na contemporaneidade, pois falta a conversa e o diálogo para qualificar a prática clínica, a assistência à saúde.

A falta de conversa na clínica da atualidade pode ser considerada como um dos fatores da crise enfrentada pela medicina moderna, sendo a própria conversa como parte da intervenção na prática médica, a sua ausência resulta na crise do vínculo de confiança entre o profissional e o paciente, essenciais ao sucesso da prática clínica (SCHRAIBER, 2008).

Teixeira (2003) nos traz a noção da conversa como a alma do trabalho em saúde, como uma tecnologia capaz de estabelecer uma prática adequada.

A grande questão é como ensinar a conversa ao estudante de medicina. A conversa compõe a base da relação médico-paciente, tema de destaque na literatura internacional, sendo um dos grandes desafios a ser enfrentado para a qualificação do ensino médico e que ainda está bastante prematuro, em termos de compor o ensino médico. Constituindo-se em um tema secundário diante da hegemonia do modelo biológico organicista que ocupa um papel central no processo de formação médica (SUCUPIRA, 2007).

O que se tem para tal contemplação, é a introdução, ainda bastante prematura e não significativa de temas relacionados às áreas de humanidades com discussões voltadas para a relação médico-paciente. A IUSC I e II trabalha através de atividades mais práticas, fundamentadas em um conteúdo teórico. Nos anos iniciais

da disciplina ela leva este aluno a ter um contato direto com a comunidade. Iniciando-se pela unidade de saúde que será a sua base de trabalho durante o três anos, estimulando-o a “conversar” com os profissionais ali inseridos, com o intuito de conhecer o processo de trabalho. Num segundo momento o aluno é levado para a comunidade para conhecer as pessoas desta comunidade, suas necessidades, o seu modo de vida, as suas interações com a unidade de saúde. São também apresentados aos setores que compõe esta comunidade, equipamentos sociais, escolas, igrejas e depois vem a atividade da visita domiciliar às famílias desta comunidade. E como fazer todos estes contatos e conhecer toda esta realidade se não for através da conversa?

Diante da resposta do aluno: “só conversávamos”, a tutora insiste um pouco sobre o que eram estas conversas e consegue trazer do grupo que as conversas eram a respeito de temas focados na família e suas crianças no primeiro ano e sobre adultos e idosos no segundo, deixando, então, a sua impressão de que a conversa era temática entre eles, alunos e os tutores, não aparecendo a conversa entre eles e a comunidade.

Ao trabalhar com a temática da clínica e sua ampliação, a professora segue trazendo um pouco da sua prática profissional e uma experiência vivida no seu ambulatório apresentando o caso do menino Pedrinho. Ela conta que chegou ao pronto socorro do HC um adolescente de 15 anos com estado geral ruim e queixa de cegueira. Aos exames foi detectada leucemia aguda. Neste momento, enquanto contava a respeito do Pedrinho, a classe que falava muito, silenciou de tal maneira que só se ouvia a voz da professora. Todos quietos com os olhos vidrados e ouvidos atentos. A narrativa do caso, ou o testemunho, se posso assim chamar foi propício, articulando-se de maneira bem adequada ao termo Clínica Ampliada. Enquanto conta sobre o menino, em voz baixa e suave, ela anda de um lado para o outro na sala. E vai falando que este paciente chegou muito mal ao Pronto Socorro (PS) com sangramento, o que levou ao estado de cegueira irreversível, o sangramento aconteceu pelo quadro agudo da leucemia, e assim continuou. Ela explica que neste momento no qual o paciente chega em estado muito grave o que se tem a fazer é ouvir a queixa, dar o diagnóstico e a conduta. Tem que ser muito rápido. Portanto ela tratou o garoto por dois anos, e que agora que ele está curado, os retornos acontecem a cada seis meses em seu ambulatório para repetir os exames.

Ela continua dizendo que um dia estava mais calma no consultório, o Pedrinho chega e ela resolve conversar um pouco com este paciente. Primeiro

pergunta se está tudo bem, quer saber como é o dia do menino, o que ele faz, e o que ele gosta de fazer. E aí descobre que o menino mora no sítio, tem outros irmãos que saem, vão para a escola, tem as suas atividades e que ele passa o dia com a mãe, ajudando-a em algumas tarefas e não tem nenhum convívio social. E ao responder o que ele gostaria de fazer, fala a respeito de voltar a estudar, mas que ele não pode. A médica questiona por que não e ele responde: “a senhora sabe, Dra., que não dá, como vou estudar sem enxergar”. A professora conta que ficou muito mobilizada com esta história e pensando o que poderia ser feito para ajudar o menino. Ela conta que bateu aquela dor no peito com relação à realidade vivida por ele. É quando resolve chamar o serviço social do hospital para ajudá-la. E conta que foi uma ótima ajuda, pois a assistente social pesquisou e achou uma escola muito próxima do sítio onde o menino morava, conseguiu transporte da prefeitura para levá-lo e assim estabeleceu uma rede para o caso do Pedrinho. A classe está em profundo silêncio ouvindo a professora, que continua contando que seis meses depois o menino volta para a consulta e ao ser questionado sobre a vida, a escola, ele responde que não está frequentando, que continua só em casa e que não deu nada certo. A médica quer saber por que e ele fala que a escola era muito longe, o transporte o pegava muito cedo e ele chegava muito tarde em casa, cansava-se muito e que a família até tentou mudar para mais perto da escola, mas que também não deu certo.

A médica ouve e pergunta se ele não pensou em mais nada do que ele gostaria de fazer e o menino responde que gosta de música, tem um violão, mas não sabe tocar. A médica continua a conversa e pergunta se ele não frequenta nenhuma igreja. Com entusiasmo Dra. Patrícia traz que a conversa foi produtiva, pois o menino volta à consulta de retorno, contando que procurou uma igreja e hoje está super inserido, aprendeu a tocar o violão, toca na igreja e participa do coral.

E a professora finaliza dizendo: “então isso é Clínica Ampliada, é ouvir o paciente, buscar ajuda através de outros setores”. Continua dizendo que o termo Clínica Ampliada vem para tirar deste processo sistematizado de queixa e conduta, que vem para que o sujeito seja tratado como pessoa e não como doente.

Um caso que impacta enquanto proposta de ensino, faz o aluno parar para ouvir, parar para pensar. O que isto representou para os alunos e sua apreensão a respeito da Clínica Ampliada é a questão colocada, o que faz com que a classe pare para ouvir o caso do Pedrinho. Talvez por se tratar de uma experiência, um caso real, que vai além do que eles até agora conheceram em termos de clínica. O ensino

organizado sob o modelo hospitalocêntrico, em sua maior parte, não lhes possibilita este seguimento e conhecimento da realidade de vida daquele paciente além das paredes hospitalares. Dra. Patrícia mostra que isso é possível no seguimento do caso, que traz como consequência a formação do vínculo, o conhecimento das diferentes realidades, além das paredes de um hospital, e propostas de tratamento satisfatórias e ampliadas para além da doença, mas abrangendo a vida.

Outra questão que pode ser apreendida foi a forma utilizada, em uma aula teórica, em uma escola tradicional, para falar de Clínica Ampliada, não se observaram referências, recomendações ou protocolos, mas sim uma exposição em forma de narrativa da sua própria prática. O que também, muito provavelmente, contribuiu foi o envolvimento da professora no seu papel de médica com aquele caso. Era possível observar na fala a significação do caso do Pedrinho para a Dra. Patrícia.

E a aula segue trazendo aos alunos informações sobre a disciplina e sua correlação com os anos anteriores. Um slide mostra uma unidade de saúde identificada com o logotipo do SUS e um longo caminho para se chegar a ela, percorrido por um jovem com uma mochila nas costas. A figura serve para problematizar com os alunos, a respeito do caminho percorrido por eles para se chegar à unidade no terceiro ano da disciplina. A mochila está representando a bagagem teórica trazida da IUSC I e II que servirá de ferramenta para a prática desenvolvida na IUSC III.

Como objetivo da disciplina discute-se a sua diferença para a disciplina de semiologia, que até agora apresentou aos alunos uma prática fragmentada e fragmentadora:

“Até agora vocês tiveram a semiologia fragmentada, ligada aos diferentes sistemas e órgãos, mas, na IUSC III, o paciente está a sua frente e você tem que organizar tudo isso, sistematizar e empregar, integrar conhecimentos e este é um momento único dentro do terceiro ano”.

A temática da Clínica Ampliada vai e volta nas duas aulas teóricas, o objetivo parece ser encucar o tema e as suas diretrizes, principalmente diante da prática:

“É preciso ir além do diagnóstico clínico e tratamento medicamentoso. Ao ir além da investigação clínica você deve considerar outros fatores no processo saúde-doença”.

Uma discussão também é trazida para abordar o uso da tecnologia na medicina contemporânea que afastou a subjetividade das relações, diminuiu o vínculo e afastou o médico do seu cliente. Salienta-se a importância de uma prática de cuidado mais integral e, portanto, mais próxima das necessidades de vida do paciente, porém não condena o uso da tecnologia que deve estar incorporada também à prática, mas de maneira criteriosa.

Ao falar da integralidade o slogan da aula é: “O importante é cuidar da pessoa doente e não da doença do sujeito”.

Com relação aos subsídios elencados para a prática da Clínica Ampliada a professora refere-se à **escuta**, ao **retorno** frequente do paciente para o mesmo aluno, à **intersectorialidade**, ao **vínculo** e ao **cuidado**. E se articularmos as diretrizes trazidas ao caso apresentado do menino Pedrinho, é possível a identificação de cada um deste subsídios. O valor da **consulta de retorno** é evidente para o estabelecimento do vínculo médico-paciente e a abertura para a abordagem de outros aspectos, que não só os biológicos no processo de adoecimento. A Dra. Patrícia conta que foram preciso algumas consultas para se chegar a determinados aspectos de sua vida. A **intersectorialidade** foi fundamental para este cuidado mais integral, a escola e a igreja fizeram parte desta terapêutica. E o **cuidado** em uma dimensão ampliada também foi abordado na exposição, clinicamente o caso estava estabilizado, mas o garoto, enquanto um adolescente que perdeu a visão após um quadro patológico, precisava neste momento de outro cuidado, de um cuidado com ele. A aula é bem atraente e de uma maneira mais dinâmica e elucidativa as estratégias pedagógicas e diretrizes da disciplina são apresentadas aos alunos.

Para tratar da consulta de retorno como estratégia pedagógica a professora traz as suas potencialidades como uma facilitadora para o estabelecimento de vínculo com o paciente. Com relação à consulta de retorno ou longitudinalidade falou-se da oportunidade que a disciplina oferece ao aluno de acompanhar o mesmo paciente por algumas consultas, alguns encontros e assim perceber e apreender uma série de dimensões da abordagem clínica.

Outra estratégia pedagógica abordada é o uso do roteiro da anamnese ampliada. Para apresentá-lo, a tutora fala da importância de dialogar com o paciente, trazendo para a consulta médica perguntas mais abertas com o objetivo de entender todo o processo saúde-doença e não somente se ater as queixas relacionadas aos sintomas físicos. A tutora destaca questões relacionadas às relações familiares,

atividades de lazer, atividade de trabalho. E aqui é possível identificar o estímulo e a orientação para a “conversa” na clínica.

Para falar aos alunos sobre o processo avaliativo da disciplina, a tutora esclarece que na IUSC a avaliação é formativa e não somativa, exemplificando este último como aquele processo que prioriza prova e nota.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1996 definiu com relação ao método avaliativo na educação que o mesmo deve ser contínuo, cumulativo e que valorize os aspectos qualitativos em relação aos quantitativos, assim como os resultados ao longo do período sobre aqueles de provas finais, fundamentando-se o processo de aprendizagem em seus aspectos cognitivos, afetivos e relacionais, modelo conhecido como avaliação formativa em contraposição à avaliação somativa (quantitativa e somatória) (CONCEIÇÃO, 2016).

No meio educacional, a avaliação somativa é a mais tradicional com amplo emprego no ensino superior, caracterizada por ser centrada no professor e na verificação do empenho do aluno através de provas e contabilização de resultados (ROMANOWSKY, 2006).

Já a avaliação formativa pode ser considerada como um procedimento de regulação permanente da aprendizagem, apresentando como características: ser democrática, holística, emancipatória e diagnóstica (MOURA, 2007).

No ensino superior, muitas discussões são realizadas em torno do emprego de uma metodologia avaliativa eficaz e que traga contribuição ao processo de ensino-aprendizagem, com vistas à formulação de métodos com capacidade para superar a orientação somativa ou classificatória, prevalente ainda hoje na avaliação educacional (GODOY, CYRINO, 2013).

No ensino médico o que observamos, com relação ao processo avaliativo, não é diferente. Apesar do seu papel fundamental para o processo de formação do estudante de medicina, o método avaliativo usualmente utilizado é alvo de muitas críticas, por apresentar a sua ineficácia neste processo. Os problemas comuns detectados no processo avaliativo das escolas médicas são a avaliação de caráter cognitivo, valorizando o aprendizado teórico, a consagração da prova como método eleito neste processo e um grande estímulo à competitividade. Outra questão refere-se ao caráter punitivo ou de premiação, que impera no processo avaliativo, abrangendo somente o conhecimento adquirido, deixando de lado outros aspectos

importantes como aqueles relacionais e comportamentais (FEUERWERKER, 2002; TROCON, 1996).

Na disciplina IUSC III, com relação aos critérios considerados para a construção da nota do aluno a tutora traz: pontualidade, frequência, a qualidade do registro em prontuário e relaciona cada um deles ao processo de trabalho da disciplina. Quando fala da pontualidade ressalta a importância do compromisso e respeito ao paciente que chega cedo à unidade e fica aguardando para ser atendido, bem como ao tratar da frequência faz um articulação da mesma com o compromisso do aluno com o seu paciente. Com relação ao preenchimento do prontuário a tutora chama a atenção para a importância da organização das informações, lembra que a letra deve ser legível e que as informações devem estar claras, justificando que tudo isso facilita o atendimento por todos os membros da equipe. E neste momento os alunos levantam alguns questionamentos como se é possível negociar o horário de chegada à unidade, e a tutora muito sabiamente responde que “o horário para início da atividade é às 14 horas, pois é preciso lembrar que o paciente que está aguardando para ser atendido chegou à unidade por volta das 13h ou 13h:30 e que esse paciente também tem os seus compromissos, tem família e que ele se organizou para chegar à unidade no horário marcado, portanto nós devemos também nos organizar para cumprir com o nosso horário em respeito e consideração ao nosso paciente”. As diretrizes são passadas numa tentativa de buscar o compromisso e responsabilidade do aluno com o paciente, reafirmando a todo momento a humanização da prática, a integralidade do cuidado o atendimento pautado nos fundamentos da Clínica Ampliada e Compartilhada, aspectos que fundamentam a disciplina.

Dentro do tema avaliação as narrativas também são trazidas para a discussão. A professora informa aos alunos que durante este ano serão pedidas quatro narrativas, e ressalta a oportunidade que o aluno tem com o desenvolvimento das mesmas de contar histórias boas ou ruins que aconteceram na disciplina durante o ano. Um dos coordenadores esclarece que as narrativas não devem ser um mero registro da atividade do dia, mas sim uma escrita reflexiva do encontro aluno-paciente.

Com relação às narrativas penso que este é um tema que merecia uma discussão ampla e fundamentada, uma vez que o seu uso na prática médica tem sido muito discutido, devido às grandes contribuições que ela traz para uma prática reflexiva. Mas este é um tema que sempre deixa lacunas e muitas dúvidas. Ao apresentar as narrativas como um critério de avaliação na disciplina a sua proposta

nunca fica muito clara, e a orientação é que depois falaremos melhor sobre isso. Mas a falta de informação e clareza aparece no dia da sua entrega, os alunos mostram-se perdidos e muito críticos com a relação à escrita da narrativa, não reconhecendo a importância da mesma no seu processo de formação.

No dia da sua entrega tutores e alunos têm dúvidas a respeito do formato que a mesma foi pedida e se o objetivo era trabalhar com a narrativa na atividade de discussão de casos. E muito provavelmente pela desinformação, os alunos criticam a atividade desconsiderando o seu valor. A argumentação é de que a IUSC já é uma prática reflexiva e, portanto, não há necessidade de uma escrita também reflexiva sobre esta prática.

Ainda com relação aos aspectos sobre os quais os alunos estarão sendo avaliados, eles recebem orientação a respeito de como a história de vida e doença deve ser abordada, o coordenador da atividade neste momento fala aos alunos que a anamnese deve considerar outros aspectos da vida do paciente, não só os sintomas físicos.

E neste momento o aluno interrompe o professor e com um tom agressivo questiona: “mas eu vou ter uma aula para saber como se faz isso”?

E a resposta vem de maneira não muito convincente e real: “você vai ter um tutor com você o tempo todo”. Pensando depois no tempo que acompanhei a disciplina faço aqui um parênteses para explicar que não é bem assim, que as coisas acontecem na prática, o tutor fica responsável por um grupo de alunos, e esta é uma habilidade que será estimulada durante o curso para que o aluno a faça de maneira independente durante as consultas, pois nenhum aluno terá o tutor à disposição o tempo todo.

Em alguns momentos percebo que falta clareza e firmeza para dar as respostas aos alunos. O aluno deveria ter sido informado que as coisas acontecem em um processo, sendo a primeira etapa de observação e acompanhamento da consulta junto com o tutor, depois a consulta médica supervisionada onde ele será incentivado a praticar a anamnese ampliada e construir uma história mais completa, valorizando outros aspectos no processo saúde-doença. E neste momento me chama atenção a preocupação do aluno que não é com o exame físico e diagnósticos, mas sim relacionada à conversa com o paciente.

Outro critério de avaliação refere-se à iniciativa do aluno em resolver os problemas do paciente, o coordenador enfatiza questões como a importância para o

aluno de aprender a trabalhar com a solução dos problemas de vida do paciente e são bastante incentivados a trabalharem na perspectiva de construção do projeto terapêutico singular.

Atitudes e valores ficam consignados a responsabilidade e respeito com o paciente, por parte dos alunos. A interação com a equipe também foi mencionada como um outro critério a ser considerado no processo avaliativo.

E após tantas informações, a sala está dispersa e conversando bastante. Este tipo de informação trazida parece não ser tão cativante como o caso real apresentado para informar e dar exemplo da prática da Clínica Ampliada.

E assim se encerra esta primeira cena da disciplina em sala de aula e se inicia um segundo momento nas unidades de saúde, momento este de desenvolvimento da atividade central da IUSC, a prática clínica na perspectiva da sua ampliação.

5.2 O reconhecimento do cenário de prática da IUSC III:

A Unidade Básica de Saúde

O cenário agora são as unidades básicas de saúde do município de Botucatu com e sem estratégia de saúde da família. Os alunos estão divididos em pequenos grupos de quatro a seis alunos sob a supervisão de um tutor, médico. A atividade que antecede a prática da clínica é o reconhecimento da unidade, no que se refere a sua estrutura física, equipe de funcionários e processo de trabalho.

A prática de reconhecimento da unidade de saúde acontece em dois encontros, onde os alunos são recebidos pela equipe da unidade, visitam as suas diversas áreas e recebem orientações dos tutores voltadas para a prática. É importante ressaltar que neste momento a ansiedade do grupo é bem grande pela atividade principal da disciplina: o atendimento médico. Os alunos participam das atividades propostas neste encontro, porém com o seguinte questionamento: “professor, quando a gente começa a atender mesmo”? E o professor responde: “boa pergunta, eu sei que a expectativa é grande”.

Os cenários nos quais a etnografia foi realizada me pareceram unidades bastante organizadas e bem estruturadas. Logo à entrada encontrei as salas de espera sempre muito cheias, um ambiente de trabalho dinâmico, com vários

profissionais em atividade. E apesar da intensa movimentação e grande demanda, nunca presenciei nenhuma situação de conflito.

E pelo fato da disciplina acontecer em dez unidades, sob a supervisão de dezesseis tutores, e de não trabalhar com um protocolo a ser seguido, ou seja, sem uma padronização, ela acaba abrindo a possibilidade para uma diversidade de práticas, o que torna até muito interessante a condução do curso e possibilita uma troca de experiências entre os alunos, observada e compartilhada na reunião de discussão de casos.

Os alunos que sempre foram muito pontuais com relação ao horário marcado para o início da disciplina, reúnem-se em uma sala destinada a ela para a espera do tutor que, de maneira geral, também procurava chegar no horário.

Com os alunos sentados em volta de uma mesa, em uma sala de reuniões não muito grande, cadeiras organizadas em um semicírculo, o tutor se coloca à frente apresentando-se, distribui o programa da disciplina e me apresenta aos alunos dizendo que eu estaria acompanhando-os durante o ano e que eles seriam “meus cobaias”. Eu tomo a palavra, cumprimento-os e explico o meu papel como pesquisadora e peço permissão para acompanhá-los durante o ano. O clima ainda não é de integração e nem de descontração, estamos todos alunos, tutor e pesquisador ansiosos pelo que há de vir e um pouco ariscos talvez.

O tutor inicia um diálogo com os alunos querendo saber se esta era uma unidade já conhecida, se eles haviam passado por ela nos anos anteriores da disciplina. E muitos deles respondem que sim, que já conheciam a unidade, porém para outros o local era novo.

Nestes dois encontros que se seguem de reconhecimento do local de prática, eu acompanhei dois grupos de alunos ligados a dois tutores em uma mesma unidade de saúde, sendo possível observar o enfoque diferente da atividade em cada um deles, representando os paradoxos da disciplina. A partir da observação destes dois grupos diferentes de alunos e tutores pude reconhecer certa heterogeneidade nos procedimentos adotados pelos tutores, como já exposto acima, dado que a disciplina não adota uma padronização do trabalho de supervisão dos alunos. A não ser a atividade principal que é a consulta médica supervisionada, o que acontece em torno desta tem as peculiaridades em cada grupo. Nesta cena é bem interessante de discutir sobre os paradoxos da disciplina que puderam ser observados já bem precocemente.

Para facilitar tal apresentação vou me referir como primeiro e segundo grupo.

No primeiro grupo o tutor faz uma abordagem com enfoque maior na parte burocrática que envolve o funcionamento da disciplina. Ele fala de algumas de suas estratégias pedagógicas, como a anamnese ampliada e a consulta de retorno, ressaltando a importância de ambas.

As demais orientações repassadas para o grupo dizem questão à pontualidade, a atividade de discussão de casos com a psicologia e às narrativas. Ao tratar das narrativas, como nas duas aulas teóricas, o tutor o faz sem muito aprofundamento, os alunos são cobrados da sua entrega e as orientações são sempre muito superficiais, hoje foi a seguinte: “as narrativas são muito importantes e o seu conteúdo deve envolver os sentimentos, as angustias e as dificuldades do aluno. Elas também podem servir como um meio de comunicação entre eu e vocês”. E a novidade é a sugestão com relação à possibilidade de usá-la para a comunicação tutor-aluno.

Entre os alunos deste primeiro grupo, alguns são bem ativos e interessados, ficam atentos e interagem com o tutor, outros conversam o tempo todo e muitos deles mexem no celular sem parar. Aliás, a questão do celular poderia render um capítulo neste estudo etnográfico, pelas suas múltiplas funções. Ele tem uma presença marcante na disciplina: como instrumento de distração, que tira a atenção do aluno, que fica totalmente imerso no universo virtual com o dedo deslizando na tela e olhar atento a ela, abstraindo-o do cenário IUSC, como ferramenta de trabalho na função lanterna na hora de examinar a garganta do paciente ou alguma lesão de pele, na função de enciclopédia médica ou tratado de medicina: sendo usado para descobrir nome de medicamentos, assim como os seus princípios ativos e efeitos colaterais, para conhecer determinada patologia até então desconhecida que o paciente traz na anamnese, como instrumento de pesquisa de preço, presenciei aluno e tutor pesquisando o preço do antibiótico receitado para o paciente, como relógio na hora de medir a frequência cardíaca e respiratória do paciente, como calculadora para realizar o cálculo do IMC e como um importante meio de comunicação, com o qual o tutor solicita a um colega médico do Hospital das Clínicas a imagem ou o laudo de um exame realizado pelo paciente e que ainda não chegou à unidade de saúde, como agenda ou bloco de anotações na hora da apresentação do caso na atividade de discussão.

Aqueles alunos que conversam bastante incomodam até mesmo alguns colegas que estão atentos às informações do tutor, que segue falando da articulação entre a teoria e a prática, da sua disposição em estar ao lado do grupo nas atividades para resolver as dúvidas e dificuldades que possam surgir.

O tutor tenta uma conversa com os alunos deste grupo, porém eles têm um comportamento difícil, fazem muitas piadas, por vezes são desrespeitosos. Quando o tutor insere o tema prontuário, ele esclarece o uso correto do termo prontuário de saúde e não prontuário médico, uma vez que o mesmo é um instrumento utilizado por todos os profissionais da área da saúde. Ao ressaltar sobre a importância do bom preenchimento aumentam os murmúrios entre o grupo e um aluno fala: “o que agora teremos que escrever no prontuário? Mas eu só sei escrever no Whatsapp”.

Então o tutor me pede para providenciar alguns para que os alunos possam manusear e conhecer este instrumento. Com o prontuário em mãos, alguns alunos abrem, observam o conteúdo, admiram-se com a quantidade de informações, já outros pegam, rapidamente olham, viram algumas páginas e já os devolvem à mesa, mostrando total desinteresse.

Quando o tema são as faltas e a cobrança da responsabilidade e compromisso dos alunos com a disciplina, o tutor diz que a coordenação passou a orientação que as faltas resultarão na perda de meio ponto na nota e então os alunos se manifestam dizendo que a falta é um direito do aluno, e que por lei eles têm garantido o direito a dar até 30% de faltas nas disciplinas. Uma aluna fala que isso pode até valer para a aula prática, onde é preciso ter o compromisso com o paciente, mas que para as aulas teóricas isso não tem nenhum cabimento. Um aluno que conversa o tempo todo e está sempre mexendo no celular: “nós temos uma carga horária muito pesada, não temos tempo para nada, então precisamos às vezes faltar para ir ao médico, ou eu até falto para ficar dormindo, e aí, é meu direito!” Vale ressaltar que muitos assuntos que foram discutidos em sala de aula são reforçados agora no grupo menor, no contexto da unidade.

O clima fica bem tenso e um aluno sugere que eles procurem a coordenação da disciplina para resolver este problema. O tutor ouve as manifestações em silêncio e diz que está apenas repassando o que foi acordado entre a coordenação e os tutores. Ao final uma aluna pede desculpas ao tutor admitindo que eles se exaltaram um pouco. E esta foi uma das poucas situações de conflito que pude observar entre o tutor e alunos, pois na prática um bom relacionamento era

estabelecido entre eles, pautado em uma relação de respeito, confiança e compartilhamento.

Com este primeiro grupo, um tempo grande destes dois encontros foi destinado ao reconhecimento e manuseio dos impressos para pedido de exames, encaminhamentos e receituário médico. Até uma atividade prática para treino de confecção de receita médica foi realizada, a qual também os alunos comportaram-se de maneira bem imatura e sempre com muitas piadas. Quando o tutor propõe uma discussão sobre receitar medicamentos, quem pode e quem não pode, ele pergunta ao grupo: “por exemplo, quem pode receitar paracetamol”? e a resposta logo vem com uma piada: “minha mãe e minha avó”. Se por um lado este comportamento pode até funcionar para descontrair um pouco o clima diante de tantas informações, como o próprio tutor colocou-se quando conversei com ele a este respeito, por outro lado como é muito frequente, neste grupo, torna-se até cansativo.

O tutor também faz orientações com relação ao tipo de vestimenta que o aluno deve usar, pede que os mesmos venham para a disciplina com roupas decentes e adequadas, sem decotes ou pernas de fora e sempre de jaleco. Para as mulheres pede para não abusarem nos acessórios. Outro pedido é feito com relação ao material mínimo necessário para a disciplina, como caneta, estetoscópio e esfigmomanômetro. E de novo uma piada dos alunos: “caneta! Nem sei o que é isso, preciso comprar”!

Com relação aos atendimentos o tutor explica, para este primeiro grupo, que o público serão pacientes de casos extras ou eventuais, pacientes que procuram a unidade sem consulta agendada com alguma queixa aguda, assim como pacientes agendados para uma consulta de rotina. Algumas informações ficam soltas e os alunos também não se interessam em aprofundar-se, como quando o tutor fala do desenvolvimento do raciocínio clínico como uma das propostas da disciplina e da importância de se construir um projeto terapêutico singular na conduta com o paciente.

Já com o segundo grupo o enfoque foi outro, este mostrou-se mais maduro e, assim, aparentemente mais interessado.

Logo à chegada o tutor responsável pelo segundo grupo caminha com os alunos pelos diversos setores da unidade apresentando-os aos funcionários e contando um pouco sobre o funcionamento da mesma. O clima é bastante acolhedor, o ambiente é claro e organizado, cada um dos setores tem a sua sala de espera e recepção com um funcionário recebendo os pacientes e alunos, que estão bastante interessados e observam tudo atentamente. Após o reconhecimento da estrutura

física, dirigimo-nos todos à sala destinada à disciplina e sentados em um círculo o tutor fala da proposta do encontro de hoje e organiza os alunos em duplas para acompanharem as diversas atividades da unidade: consulta médica, grupo de resultado de exames, pré e pós consulta e sala de vacinas. Os alunos observam por um tempo a atividade proposta e em seguida, se rodiziam, para que o grupo pudesse ter uma visão do todo.

A apresentação dos prontuários ao grupo também foi realizada. Os alunos observam-nos atentamente, fazem perguntas e se mostram bastante interessados, este é sem dúvidas um grupo mais envolvido com a disciplina. Um aluno surpreende-se com a quantidade de informações e data de anotações, por exemplo, um prontuário tinha anotações de uma consulta realizada em 1988, também observam a organização das informações, como por exemplo, resultados de exames que aparecem em ordem cronológica.

Quando as enfermeiras da unidade vêm até o grupo para uma conversa a respeito do processo de trabalho, o primeiro grupo não presta atenção e conversam o tempo todo, e as funcionárias são breves, percebendo o desinteresse e falta de atenção do grupo. Com o segundo grupo a conversa entre funcionários da unidade e alunos foi mais longa e produtiva, os alunos interagem com a equipe e quando perguntados sobre a atividade do dia tecem elogios a mesma. Ao final do período, neste segundo grupo, alunos e tutor desenvolvem uma discussão interessante sobre os princípios da Atenção Primária, as diferenças que percebem entre a unidade básica com e sem estratégia de saúde da família, articulando tudo isso às observações e percepções dos alunos ao acompanharem as atividades propostas.

E foi com este segundo grupo de alunos que observo uma primeira situação de desarticulação da disciplina com a unidade, que foi bastante comum ao longo da minha permanência no campo na IUSC III.

Há pouco tempo do início da atividade, uma aluna volta para a sala onde estou com o tutor, os alunos estão fazendo o reconhecimento do processo de trabalho, e diz que já acompanhou a recepção e que não tem mais nada para ver lá, pois o funcionário que está lá não tem mais nada para dizer. E o tutor argumenta que a atividade consiste na observação e que se o funcionário não tem muito para dizer, mesmo assim é importante que ela permaneça lá atenta a tudo o que está acontecendo. Mas a aluna diz que não fica mais lá, pois ela já tinha visto tudo e

completou: “é duro né, quando você está ali e ninguém quer falar nada, ele está muito ocupado” (referindo-se ao funcionário do local).

A minha observação é que as unidades não estão preparadas para esta recepção, hoje como cenário de prática recomendado para o processo de formação na área da saúde, elas recebem um número muito grande de alunos de graduação e pós, e com um número reduzido de funcionários e demanda aumentada fica realmente difícil esta articulação.

À medida que os alunos vão terminando esta atividade de observação e voltam à sala, eu fico ali atenta ao movimento. Enquanto aguardam os colegas, o grupo conversa sobre atividades da atlética: esportes, situações de pressões hierárquicas que os recém-chegados sofrem dos veteranos. Todos na sala o tutor propõe uma discussão sobre as observações realizadas e quer saber quais as percepções dos alunos com relação à realidade de trabalho observada hoje e se mudou alguma coisa na visão que eles tinham previamente sobre a Atenção Primária.

E os alunos participam ativamente da discussão trazendo suas percepções:

- “Este serviço é um serviço mais completo que atende mais pessoas. Já não tem mais vagas para consultas este ano”.

E o professor problematiza: “e não ter mais vagas de consultas para este ano é um indicador de qualidade”?

Outra aluna: “nossa, aqui a unidade é grande e é muito melhor”.

Professor: “mas o tamanho da unidade a desqualifica”?

Então a discussão continua e são debatidos temas como níveis de atenção, qualidade dos serviços, o fluxo interno dos usuários: da sua chegada à unidade até um eventual encaminhamento a outro serviço.

Os alunos querem saber quantos atendimentos médicos são realizados diariamente, assim como o número de profissionais médicos no serviço e a carga horária de trabalho dos mesmos.

Quando o professor perguntou se alguém havia observado uma consulta e se a anamnese era diferente do que tem visto na aula de semiologia, um aluno respondeu que a consulta foi muito rápida e por isso quis saber sobre a quantidade de consultas que são realizadas diariamente.

Um colega tenta responder à questão dizendo que às vezes a consulta que ele acompanhou era um retorno e por isso foi mais breve.

Após um pouco mais de diálogo sobre as atividade acompanhadas pelos alunos hoje, o professor passa algumas orientações para o início da atividade prática na IUSC. Fala que todos vão atender um caso novo, que é preciso olhar o prontuário antes do atendimento e ver o histórico do paciente, ficar atento ao que tem de diagnóstico e os problemas que aparecem e ressalta muito a importância de conversar com o paciente. A consulta de retorno é citada neste momento pelo seu grande potencial para acompanhar os casos, sendo que a disciplina preconiza pelo menos duas consultas do paciente com o mesmo aluno. O tutor destaca o valor da equipe e as atividade que acontecem de maneira multiprofissional.

Assim este segundo grupo discutiu sobre questões de caráter mais coletivo e de organização dos serviços de saúde, bem como do processo de trabalho na Atenção Primária. Enquanto no primeiro grupo a atividade de apresentação se segue para um preparo da atividade clínica e com o paradigma do ensino pautado na biologização dos casos e tecnologização da prática da relação, no outro o aluno é incentivado a reconhecer o que acontece na unidade, é instigado a pensar nesta prática e assim, ao meu ver, melhor preparado para o passo seguinte, que é a consulta médica supervisionada.

5.3 O encontro aluno-paciente e a consulta médica

Consultório médico

Acompanhando a consulta médica supervisionada na disciplina IUSC III ao longo dos meses foi possível observar situações bastante regulares entre os diferentes grupos observados, conformando certa rotina de trabalho, ainda que apresentem variações entre eles e modos muito singulares. A cena 3 é composta por situações do encontro aluno-paciente neste contexto de ensino-aprendizagem.

Na prática clínica os alunos individualmente, em duplas ou trios são responsáveis pelo atendimento de pacientes adultos usuários da unidade básica de saúde. As consultas realizadas estão organizadas nas seguintes modalidades: caso novo, retorno e eventual. Para cada uma delas há roteiros de consultas estabelecidos pela disciplina. A proposta para trazer nesta cena são as relações, os sentimentos que surgem neste encontro, bem como as suas facilidades e dificuldades.

Na consulta de caso novo, os alunos buscam informações das consultas anteriores, informações relevantes sobre a situação de saúde deste paciente. Este primeiro contato é mais formal. O desafio é conquistar a confiança deste paciente, estabelecer um diálogo, uma conversa e descobrir o motivo que o trouxe à unidade. É o que difere a consulta de caso novo da eventual é a forma como este paciente chegou, pois no segundo caso ele veio com uma queixa aguda, na maioria das vezes bem definida e sem uma consulta agendada. E embora o aluno queira agir da mesma forma nos dois tipos de consulta, procurando conhecer a história de maneira mais completa, uma vez que é o primeiro encontro entre eles, aquele paciente que veio para a consulta eventual tem pressa de resolver a queixa que o trouxe à unidade hoje e ir embora.

A consulta de retorno como já discutida em outros momentos possui as suas singularidades, constituindo-se num encontro aluno-paciente, ou num reencontro. Com relação à parte mais técnica da consulta de retorno, o enfoque que é dado pelo aluno diz respeito à comunicação dos exames laboratoriais pedidos na última consulta. Os alunos, a princípio, correlacionam a consulta de retorno ao comunicado dos exames e ficam inseguros por não saber interpretá-los. A discussão prévia à consulta é bastante clínica e os alunos acabam pedindo ao tutor para acompanhá-los na hora de passar o resultado dos exames aos pacientes.

Com relação à rotina da IUSC III nas unidades, podemos, como já mencionado, observar um certo ritual: os alunos chegam e são informados dos casos a serem atendidos. Organizados em duplas ou trios e à medida que a disciplina segue, sozinhos, recebem um paciente para ser atendido neste dia. Primeiro são estimulados e orientados a estudar brevemente o prontuário, para conhecer ou relembrar quem é este paciente e quais são as suas demandas. Tiram as dúvidas que possam surgir com o tutor e em seguida partem para o atendimento.

Para acompanhar a atividade da disciplina, o meu critério para escolher as duplas de alunos foi grupos diferentes a cada semana e não sempre os mesmos alunos, além de procurar conhecer tipos diferentes de atendimentos no que se refere à tipologia das consultas: retorno, caso novo e eventual.

No consultório a consulta consta de uma parte inicial composta pela anamnese e exame físico e uma segunda parte que se dá com a presença do tutor: definição do diagnóstico e conduta. Todos os casos atendidos são checados pelo tutor antes do desfecho final. Os atendimentos são sempre muito demorados, por volta de

uma hora a uma hora e meia. Longo é também o tempo que o aluno espera para discutir o caso para o tutor. Como os grupos são compostos de cinco ou seis alunos, o tutor precisa avaliar pelo menos 3 casos quando os atendimentos são realizados em duplas ou cinco ou seis, quando os alunos atendem individualmente. O professor-tutor, que atua em sua própria unidade, além das atribuições de ensino na IUSC, geralmente também atende seus pacientes, o que o sobrecarrega.

Na clínica, cada encontro é único e singular (SUCUPIRA, 2007). A consulta é uma arena, que promove o encontro entre os seus sujeitos, onde cada um deles traz para este momento os seus desejos e interesses.

Falar em relação médico-paciente constitui-se num desafio diante da hegemonia do modelo biológico organicista que domina a formação médica. No entanto é preciso considerar o efeito terapêutico desta relação, sendo a comunicação e a capacidade de escuta um grande álibi deste processo.

Na consulta médica realizada na IUSC pode-se reconhecer diversos princípios da Clínica Ampliada.

A comunicação e o diálogo são frequentes e incentivados através de algumas das estratégias pedagógicas da disciplina, como pelo uso do roteiro da anamnese ampliada, que abre para a possibilidade de uma consulta mais dialogada. A conversa pode ser detectada em muitos momentos da disciplina, uma conversa a respeito da sua situação de saúde, que depois acaba por envolver um tom mais informal, quando aluno e paciente trazem para este momento as suas histórias.

Na consulta da senhora Norma, por exemplo, acompanhada pelas alunas Gabriela e Mariana foi possível reconhecer as possibilidades do diálogo na clínica. As alunas começam com perguntas do roteiro sobre as suas condições de saúde e aos poucos vão ampliando para outros aspectos de vida. Dona Norma, entendendo que pode “conversar” com as alunas, faz um desabafo sobre vários aspectos de vida: os filhos que não a visitam e as necessidades que já passou na vida. Momento muito interessante deste diálogo é quando dona Norma, por várias vezes, insiste com as alunas se elas têm certeza de que ela pode estar falando tudo isso. A paciente chega até a pedir desculpas por estar falando tanto, mas à medida que sente-se à vontade e percebe que as alunas estão dispostas a ouvi-la, traz muitas questões da sua vida para este momento.

E como já discutido, o uso do roteiro da anamnese ampliada abre para a possibilidade deste diálogo. Nesta consulta as alunas iniciaram pelas questões da

anamnese e depois com uma proximidade entre elas e a paciente, um diálogo pode ser estabelecido.

Por ser um retorno, as alunas a iniciam pelos exames pedidos na última consulta:

- Dona Norma, a senhora fez alguns exames, né?

- Sim, e eu vim saber o resultado.

As alunas passam os resultados, a paciente ouve e quer saber melhor sobre alguns deles. Com relação à glicemia dona Norma acha que está muito alta, quer saber se já pode ser considerada uma diabetes e conta que tem passado muito mal e sem apetite.

As alunas ouvem tudo atentamente e ampliam o diálogo:

- Mas aconteceu alguma coisa na vida da senhora para esta piora dos sintomas e a perda do apetite?

A princípio dona Norma resiste à pergunta, diz estar passando por muitos problemas, mas sem comentá-los. Mas à medida que as alunas a estimulam, ela resolve se abrir trazendo fatos importantes da sua história de vida e problemas que vem passando com os filhos.

O diálogo trouxe uma satisfação grande à paciente e às alunas que sentiram-se mais próximas na consulta. Dona Norma agradece por ser ouvida e as alunas ao levarem o caso para ser discutido com a tutora, fazem com muito entusiasmo pela grande quantidade de informações obtidas na consulta e a possibilidade de efetivamente ajudar a paciente.

Neste diálogo outra questão importante foi com relação à linguagem utilizada. Dona Norma contando que passa por consultas com a pneumologia por um quadro de DPOC é interrompida pelas alunas que perguntam sobre os exames realizados: “a senhora já fez aquele exame de assoprar o tubinho”?

- Já sim, este é o exame de prova de função pulmonar.

Esta passagem mostra que muitas vezes a sabedoria dos pacientes é subestimada, o que pode também prejudicar a comunicação durante a consulta.

A comunicação e o diálogo são fundamentais na prática clínica e podem ser observados sob vários aspectos. Sendo um deles a sua capacidade de aproximação entre os sujeitos envolvidos na prática clínica: aluno e paciente.

Porém a comunicação e o diálogo não têm um espaço garantido na visão mais biologicista da medicina e quando se abre espaço para tal, isso acaba causando um estranhamento até para o paciente.

O que observa-se com frequência é a dificuldade no meio clínico para se abordar os aspectos biopsicossociais e fazê-lo por meio do diálogo, da conversa, pois o médico não tem tempo, as pessoas não estão preparadas e para o sistema de saúde falta estrutura (HAFNER, 2010).

Dona Norma no meio da conversa pergunta às alunas se ela realmente pode continuar falando, se ela não está atrapalhando:

- Vocês têm certeza que não estou atrapalhando? Eu estou tomando o tempo de vocês!

Em muitos momentos, podemos observar a dificuldade de expressão dos pacientes a respeito das suas necessidades de saúde, que não estejam relacionadas a sintomas, à doença. Dona Norma deu um passo, falando de si neste momento, mas o faz de maneira receosa, na incerteza se este espaço de consulta lhe permite falar sobre si, enfocando outros aspectos do processo saúde-doença.

Apesar da consulta ter sido bem longa, ela não foi cansativa. A paciente, nitidamente, não queria deixar de conversar com as alunas que também estavam bem envolvidas com a paciente demonstrando atenção e valorizando o diálogo.

Após um longo diálogo, no qual dona Norma trouxe muitas questões da queixa física e questões da vida, uma das alunas olha para a colega e pergunta se podem encerrar, se tem mais alguma coisa, e a paciente para não perder este espaço coloca-se novamente perguntando sobre o seu joelho:

- Mas e com relação ao meu joelho, o que vocês realmente acham? Não seria caso de cirurgia?

E as alunas pacientemente voltam ao assunto da dor no joelho que já havia sido contemplado, com recomendações como fisioterapia, repouso e anti-inflamatório já em uso, explicam que a cirurgia seria um último recurso, que esta avaliação compete à ortopedia e assim por diante.

O que pode ser observado na consulta da senhora Norma com as alunas Gabriela e Mariana foi um “acolhimento dialogado”, ou seja, um diálogo que se direcionou na busca pelo conhecimento das necessidades da paciente e até em modos de realizar a intervenção que pudesse satisfazê-las (TEIXEIRA, 2003).

As alunas mostraram interesse pelos problemas da senhora Norma e discutem entre elas e a paciente as possibilidades de encaminhamento, o que enriqueceu muito este momento.

Quando dona Norma conta que fica muito sozinha, que sente-se triste muitas vezes, as alunas começam a perguntar o que ela gosta de fazer e fazem uma referência a este momento da consulta em que estão conversando: “não é bom conversar, como o que estamos fazendo aqui”? A paciente responde que sim, então as alunas trazem questões que a própria dona Norma havia revelado, como a religiosidade, as amizades e sugerem: “então, o que a senhora acha de ir mais vezes à igreja, ao culto, e procurar as amigas para passar um tempo, batendo um papo”?

Quando a paciente conta que gosta muito de fazer atividade física e fala sobre um grupo de caminhadas que ela frequentou na unidade, mas que não acontece mais. Dona Norma e as alunas discutem sobre a possibilidade de resgate deste trabalho, conversando com as pessoas da comunidade que participaram e incentivando a formação de um novo grupo.

Esta forma de interação e diálogo são propícios da intervenção na APS, que se abre para outras possibilidades, que não só a cura do patológico. Até por estas outras possibilidades de intervenção é que se faz necessário na APS a compreensão de outras dimensões relacionadas ao paciente e o seu processo de adoecimento. Então o importante é se estabelecer um outro tipo de diálogo, uma comunicação que não esteja focado somente na procura do diagnóstico e cura. Isso pode ser claramente observado na consulta da senhora Norma, quando numa suspeita de um processo inicial de demência, a primeira proposta não foi encaminhar ao especialista, mas contatar a família e investigar se o quadro não pode ser de uma situação de tristeza pelo abandono dos filhos, fato que foi trazido na conversa.

O diálogo é uma maneira de valorizar o outro e contribui na intersubjetividade da relação. O que as pessoas mais buscam na clínica é que alguém as escute (GROSSIMAN, PATRICIO, 2004).

A comunicação é um dos aspectos fundamentais da Clínica Ampliada, e a recomendação é a disposição para ouvir o paciente, valorizar a sua fala, a sua história de vida. A comunicação tem sido discutida como possibilidade para o estabelecimento de novas formas de cuidado. (CAMPOS, 2007).

Na IUSC a comunicação com o paciente é bastante estimulada. Outros aspectos no processo de saúde-doença são valorizados, que não só os biológicos,

orgânicos, sendo assim a conversa um meio do aluno trazer para o momento da consulta aspectos de vida não contemplados em uma anamnese clínica tradicional.

Muitas escolas médicas têm investido na comunicação como uma disciplina enquanto um aprendizado na clínica, reconhecendo o seu grande potencial no sucesso da terapêutica. A proposta está em desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes como possibilidade de qualificar a clínica (MOURA, 2012; CAPRARA et al, 2004).

A recomendação é o estabelecimento de um diálogo que vá além da doença unicamente para o estabelecimento de um diagnóstico, mas que traga para o momento deste encontro os significados da doença para o doente (MOURA, 2012).

O que se propõe é uma técnica de conversa orientada pela busca das necessidades do paciente, a fim de tornar a prática clínica eficiente, consciente e envolver o usuário no processo de cuidado com a sua saúde. O diálogo na clínica também pressupõe uma forma compartilhada de tomar as decisões, que aqui perde o rótulo de decisões médicas (TEIXEIRA, 2003; SHARAIBER, 2008).

A medicina moderna e os avanços da tecnologia trouxeram grandes tensões relacionadas à empatia e alteridade, pois neste processo há a valorização do saber científico que deixou de lado a subjetividade das relações (TEIXEIRA, 2003; RIOS, 2010).

A relação médico-paciente é outro tema de destaque dentro do processo de formação e prática da clínica. Uma boa relação médico-paciente pode trazer inúmeros efeitos positivos na satisfação dos usuários e qualidade da assistência, o que de certa maneira tem influência diretamente sobre o estado de saúde (CAPRARA, 2004). A boa relação-médico paciente tem o seu destaque na disciplina IUSC, uma vez que os alunos são incentivados a uma relação de proximidade com os usuários da unidade por eles atendidos.

Cenas de diálogo, a escuta e vínculo terapêutico foram bastante comuns durante o exercício da prática clínica na disciplina. A prática recomendada é a relação centrada no paciente e não apenas na doença, o que possibilita uma relação mais de igualdade (CAPRARA, 2004).

A relação entre os atores da clínica deve envolver atitudes e ações como descrição, paciência, tolerância, dedicação e desprendimento (GONÇALVES, 1999).

Na IUSC, a consulta de retorno, o seguimento do paciente pelo mesmo aluno, cria um ambiente que possibilita uma relação de proximidade e mais simétrica. Foi bastante evidente a dedicação do aluno ao paciente nas consultas, mais comum nos retornos e até mesmo em muitas situações de primeira consulta.

Dona Ana, uma senhora de pouco mais de oitenta anos, franzina, com ar bem entristecido, chega à unidade sozinha e passando em atendimento pela primeira vez com a IUSC, começa contando que esteve internada há pouco tempo, que passou muito mal e segue falando da internação. A interação entre dona Ana e o grupo é boa. Um dos alunos investigando sobre os cuidados da paciente com a sua saúde traz que é preciso se cuidar porque é importante que a gente se ame e fique bem. Bastante interessante esta colocação, pois o comum é um pedido de cuidado em tom de ameaças do tipo: “tem que cuidar desta diabetes, se não vai amputar uma perna, tem que abaixar este colesterol, se não vai ter um infarto”. Nesta consulta o aluno segue por uma linha mais acolhedora, e dona Ana sentindo-se acolhida, em determinado momento da consulta, desvia o foco dos sintomas biológicos e fala: “estou muito triste, minha irmã com quem eu morava há anos faleceu”.

O desenvolvimento da competência afetiva se constitui em grande desafio para a educação médica (MEDEIROS, 2013). A orientação da prática clínica dentro dos princípios da humanização busca trabalhar com o aluno o acolhimento, vínculo, uma assistência mais próxima dos usuários e de suas necessidades. A rotina diária dentro do nosso sistema de saúde não encontra uma organização adequada no processo de trabalho para se trabalhar com a lógica da prática humanizada, consultas rápidas, centradas na doença e com pouca atenção ao doente, é a realidade vivenciada na prática clínica.

Na IUSC, a própria conformação das atividades, o atendimento de um único paciente por um aluno ou grupo de alunos por período traz a possibilidade de um espaço de escuta e acolhimento a este usuário acompanhado pela disciplina.

O afeto pode ser observado durante as discussões de caso com a psicologia, neste espaço de ensino-aprendizagem, muitos alunos abriram-se trazendo para a discussão não aspectos clínicos do processo de adoecimento dos pacientes por ele acompanhados, mas sim os sentimentos despertados neste encontro, a relação estabelecida na clínica. E histórias bastante recheadas de sentimentos e emoções foram relatadas.

As atitudes empáticas e afetivas puderam ser conhecidas como na discussão de casos da senhora Vânia, uma paciente de 60 anos que é acompanhada na unidade por um quadro de uma doença de pele. O grupo conta que o próprio tutor ao encaminhá-la para o atendimento com os alunos apresenta-a como sendo este um caso simples, pensando ele que se tratava só de uma doença de pele, realidade da senhora Vânia antes de passar pela perda da única filha.

Ao trazer o caso da dona Vânia os alunos que a acompanharam expõem os sentimentos despertados neste encontro: o primeiro deles foi dó. A aluna Magali inicia a apresentação do caso dizendo “eu senti dó desta paciente”:

“A senhora Vânia está passando por um luto, ela perdeu a única filha, em Santos, vítima do HIV. A dona Vânia não sabia que a filha estava doente e foi surpreendida com a notícia de uma internação. Indo até Santos para acompanhar a filha no hospital, dona Vânia ficou sabendo do seu diagnóstico e assistiu a sua morte em poucos dias”.

A aluna e os colegas que acompanharam dona Vânia trazem aspectos importantes do encontro e da relação médico-paciente, como o comportamento diante do choro da paciente e como lidar com o luto. Um dos alunos que acompanhou o caso junto com a aluna Magali traz ao grupo que este atendimento foi muito emocionante e que diante de tudo isso, ele optou pelo silêncio e um abraço interrompendo a anamnese neste momento.

Assim como outros alunos trazem na discussão que o sentimento despertado em determinado atendimento foi de raiva. Uma dupla, Joel e Jamile, traz para a discussão o caso de uma paciente “muito chata”, maneira como fizeram a apresentação, pois nem ao menos sabiam falar o nome da paciente. A dupla de alunos confere à paciente o rótulo de chata e verbalizam que o sentimento despertado neste atendimento foi de raiva, pelo fato da paciente trazer muitas queixas que eles, os alunos, não conseguiram identificar, como um quadro de pneumonia, sem nenhum sintoma ou sinal clínico, além do fato de ter resistido em ser atendida por eles.

E assim é possível apreender a riqueza do encontro aluno-paciente neste momento da disciplina aqui descrito como a cena do consultório. Raiva, dó, frustração quando os resultados esperados não são alcançados e alegria quando o tratamento foi bem sucedido.

E aqui vale a pena ressaltar a dificuldade que os alunos apresentam para lidar com os aspectos emocionais do processo de adoecimento. Como no caso da

senhora Helena, com um quadro de hipertensão grave, já com acometimento dos rins e que vive uma situação de conflito intenso no casamento, até mesmo com agressões verbais e situações de muita humilhação. A aluna que apresenta este caso fala de um sentimento de angústia nos atendimentos, pois não sabia o que fazer, e que em um dos retornos que a paciente chega e não há exames para checar, ela pensou em dispensar a paciente. Uma situação de choro durante a consulta também é trazida pela aluna que conta que ficou perdida sem saber o fazer. Mas depois a aluna coloca para o grupo a importância do ouvir e dar abertura ao paciente, atitude que possibilitou à dona Helena se abrir e falar muito, levando-a a entender que a paciente estava ali para falar e ser ouvida, para desabafar.

A aluna ainda conta que ela acreditava que não era preciso entrar na vida da paciente se ela não quisesse falar. E que ficou surpresa porque a paciente acabou contando muitas coisas da sua vida e dos conflitos que vivencia, o que pode trazer a ela certo alívio neste momento e um efeito terapêutico para a consulta.

Dentro do universo acompanhado na IUSC atitudes frias e impessoais foram raras vezes observadas. Como no caso exposto acima é possível observar e compreender a dificuldade do aluno em pensar além dos aspectos biológicos do adoecimento, porém ao longo do tempo ele consegue a prática acolhedora e afetiva dirigida ao cuidado, recomendada na disciplina.

Atitudes empáticas e de preocupação já puderam ser observadas logo na hora de chamar o paciente na sala de espera. Cenas nas quais um dos componentes da dupla tem mais facilidade para o acolhimento, para demonstrar preocupação e o desejo de ajudar; e outros nem tanto. Como no atendimento do senhor Walter, um paciente adulto jovem, com idade próxima a 50 anos amputado de uma perna, que no dia do atendimento com a dupla Danilo e Delma precisou dirigir-se ao segundo andar da unidade de saúde por falta de salas disponíveis. No momento em que os alunos chegam à sala de espera para chamá-lo, Delma já mostra-se preocupada com a situação e oferece ajuda, disponibilizando-se em carregar a sua mochila ou oferecendo um apoio de braço para a subida, já o aluno Danilo cumprimenta o senhor Walter e muito tranquilamente sobe na frente do paciente e da colega e os espera no consultório.

A preocupação com o paciente foi bastante observada, uma outra dupla atendendo um senhor de 82 anos, diabético, com crises de hipoglicemia. As alunas ficam bastante ansiosas quando após a consulta aguardam o tutor para a checagem,

o motivo da ansiedade e preocupação é com o quadro do senhor Adão, que sendo diabético já está na unidade há várias horas, sem comer e logo pode passar mal. As alunas articulam-se para oferecer alguma alimentação ao senhor Adão durante o período de espera pela checagem do caso.

Outro encontro no consultório se dá entre os alunos. A relação aluno-aluno acontece de maneira tranquila e bem articulada, ao acompanhar os atendimentos na IUSC não observei situações de embate entre eles, os mesmos se revezam durante todo o tempo de realização da consulta desde o momento de chamar o paciente em sala de espera até a realização da anamnese e exame físico. Geralmente há um acordo de divisão das tarefas, um realiza a anamnese, conduz o diálogo enquanto o outro faz as anotações, o mesmo se observa na realização do exame físico: “eu faço o exame da parte cardíaca e você a circulatória”. E então uma relação de respeito e colaboração entre os colegas pode ser observada, por exemplo no caso do aluno Emanuel, bastante tímido e que por apresentar muita insegurança para a realização do exame físico foi acolhido pelos seus colegas de unidade que agiram com paciência aguardando-o e não deixando-o desistir: “não vamos lá, você consegue, pode fazer a ausculta, nós te ajudamos se precisar”.

Outra cena que mostrou um bom entrosamento foi entre os alunos Fernando e Caio, quando na hora de preencher o prontuário o aluno Caio prepara-se para fazê-lo e o seu colega pede para deixá-lo fazer a tarefa hoje, explicando que só fez isso uma única vez. E o Caio muito prontamente responde: “claro, fica à vontade meu amigo”.

Durante a consulta foi comum o aluno na conversa colocar-se mais próximo do paciente e trazer também fatos da sua própria vida. Na consulta do senhor Matheus 37 anos, com um quadro de refluxo gástrico, após uma longa conversa direcionada pela anamnese ampliada o aluno Emanuel conta ao Matheus que o seu pai sofre de um quadro parecido com o dele e vai trazendo os fatores de melhora e piora do quadro de refluxo do pai, e pergunta se com ele é também assim que acontece. Isso trouxe uma maior aproximação entre os sujeitos da clínica.

Uma outra cena do consultório que representa a proximidade, vínculo e uma relação de confiança entre os alunos e pacientes atendidos pode ser observada na consulta da senhora Maria, 55 anos, cabelereira, passando em retornos frequentes com a disciplina IUSC com um quadro de dores articulares intensas e obesidade. Durante um encontro a senhora resolve se abrir e fala da relação conflituosa com o

marido: “eu preciso perder peso, mas o meu marido me proíbe de fazer dieta, fazendo chantagem comigo, e dizendo que se eu fizer ele para de comer. Ele torce para o meu insucesso”. E a dona Maria fala que está se abrindo com os alunos porque neles ela confia. E então neste ambiente de muita proximidade um aluno, em tom de brincadeira, numa atitude não adequada, porém com muito carinho não se contém e fala: “dona Maria, vamos dar um pé na bunda deste homem! A senhora não é ruim e precisa pensar em coisas boas”.

A parte final do encontro clínico na unidade traz de volta à cena a figura do tutor para a discussão do caso e fechamento da consulta, como já trazido em alguns momentos do texto. O que é importante ressaltar é que este momento também se dá de maneira dialogada entre o tutor e os alunos que têm o espaço para trazer o caso com os principais achados. O tutor ouve bem atentamente e foram poucas as situações nas quais o tutor não ouviu ou não valorizou as questões trazidas pelos alunos. E de volta ao consultório para a parte final da consulta: diagnóstico e conduta, foi comum também observar neste momento a forma dialogada para o desfecho, envolvendo aluno, tutor e paciente. Algumas frases foram bem marcantes para mim e significativas para apreender o esforço da disciplina em trabalhar dentro dos princípios da Clínica Ampliada, no que se refere à singularização dos atendimentos, valorização dos sujeitos da clínica e ampliação do seu grau de autonomia:

“Senhor Bento, por onde o senhor gostaria de começar? Temos muitas coisas para abordar no seu tratamento, a perda de peso, com melhora da alimentação e prática de atividade física, o tratamento da ansiedade, mas nós gostaríamos de saber por onde o senhor quer começar”?

“Eu tenho algumas orientações, mas eu gostaria de saber o que a senhora acha”.

Acima temos exemplos de alguns diálogos dirigidos pelo tutor ao paciente no último momento da consulta. E abaixo exemplos de como o tutor trabalha com o aluno: “E agora? O que vocês querem fazer por ela”?

Outro destaque para este momento é o entusiasmo com que os alunos passam o caso para o tutor, as histórias trazidas são sempre bem ricas e a ansiedade por resolver os problemas é marcante.

No momento final o aperto de mão e um abraço vem selar o momento de proximidade entre o sujeitos. Muitas vezes os pacientes verbalizam o agradecimento:

“obrigado por me ouvir”. Esta foi uma frase muito presente ao final dos atendimentos. O abraço forte e a expressão de carinho deixam o aluno constrangido, pois é difícil para ele receber este afeto, como coloca a aluna Eloisa:

“Ela me abraçou forte no final da consulta, nunca nenhum outro paciente me abraçou tão forte assim, eu fiquei emocionada e não sabia o que fazer”!

E cenas como esta é que me permitiram reconhecer a potencialidade das estratégias pedagógicas utilizadas pela disciplina na orientação do processo de ensino-aprendizagem e apreender todo o empenho para a ampliação da prática clínica.

5.4 A discussão de casos

“As discussões aqui servem para a gente se abrir e colocar o que nós estamos sentindo”.

A discussão de casos na IUSC III configura-se como outra estratégia pedagógica que conta com a participação de docentes da disciplina de Psicologia Médica. A atividade está estruturada em três encontros que acontecem, geralmente, em um local diferente da unidade de saúde, porém no mesmo período da semana destinado à disciplina. A proposta é oportunizar aos alunos a discussão, de maneira integral, de casos de pacientes, por eles atendidos na disciplina e que representem alguma dificuldade em questões como a relação médico-paciente ou a sua resolução, pensando em aspectos não só biológicos do processo saúde-doença.

A apresentação dos casos eleitos pelos alunos acontece de maneira bem informal, um aluno do grupo faz a apresentação, contando com a colaboração dos colegas, sem a utilização de nenhum recurso audiovisual, por exemplo, ou qualquer sistematização.

Antes do início da apresentação, um dos tutores presentes esclarece ao grupo que a apresentação não deve ser uma apresentação tradicional, como se apresenta um caso na faculdade e a outra tutora explica que o foco é trazer para a discussão um pouco do que a gente sente, o que marca para nós ao atender aquele caso.

Todos que atenderam ou que conhecem o caso trazido vão narrando uma história que permite ao grupo construir uma imagem do mesmo. Durante a apresentação os tutores presentes e docentes da psicologia vão fazendo perguntas e colocações de maneira a tornar o momento muito rico. Os alunos são incentivados a trazer o máximo de informações que não são só os aspectos biológicos, mas também os psíquicos e sociais ao mesmo tempo em que enfocam as suas dúvidas, ansiedades e propostas.

O que sempre me chamou a atenção foi a pouca participação dos tutores da disciplina, que justificavam a ausência a partir da dificuldade para sair do seu local de trabalho, embora a atividade sempre acontecesse no período destinado à disciplina, e quando a mesma aconteceu na unidade de saúde, os tutores não participaram do mesmo jeito, estando eles presentes no local.

E apesar da ausência de alguns tutores, o grupo sempre trabalhou muito bem, com a colaboração daqueles presentes, participação grande dos alunos, que valorizam e avaliam positivamente a atividade, além das grandes contribuições da psicologia.

A supervisão da psicologia nesta atividade se constitui numa ferramenta importante de forma a estimular um melhor desempenho dos alunos na prática clínica de uma maneira articuladora com a proposta da Clínica Ampliada. Os alunos nesta atividade são estimulados a observar e reconhecer fatos importantes no processo saúde-doença, não limitados somente ao biológico, estes são levados a reconhecer o valor das questões psicossociais trazidas pelos pacientes no seu processo de adoecimento.

Para a docente da psicologia que orienta uma das atividades de discussão de casos, ela inicia falando para o grupo: “bom, a proposta é que vocês tragam casos que vocês atenderam na IUSC para que nós possamos discutir juntos e fazer uma reflexão sobre este atendimento e suas dificuldades.”

Para este momento os alunos selecionam casos de pacientes que acabam por imprimir um significado na sua passagem pela disciplina. E as apresentações começam de uma maneira bem inusitada por alguns alunos e por outros, seguindo um padrão bem formal de apresentação como nos mostram as falas de alguns alunos iniciando a sua participação na atividade.

“Durante a disciplina nós atendemos muitos casos interessantes. O meu grupo elegeu para apresentação o caso do Lucas, um garoto de 27 anos que procurou o serviço para fazer um check up, pois ele tem medo de ter um câncer”.

“A paciente se chama Sônia, veio do Ceará e apresenta como queixa dor de cabeça”. A aluna que faz a apresentação continua dizendo que a dor de cabeça já apareceu há muito tempo e que a paciente é muito poliqueixosa. Logo em seguida à observação já vem um julgamento, mas também muitos fatos interessantes que foram observados como: “esta paciente tinha uma expressão sofrida e não olhava nos nossos olhos”.

“O caso que vou apresentar é do senhor Walter, um senhor de 50 anos de idade, caminhoneiro, com queixa de uma inflamação crônica de garganta, esperando sair deste quadro para fazer uma cirurgia de próstata”. Em seguida a aluna complementa dizendo: “o caso era muito mais do que a queixa de uma dor de garganta”.

Outra apresentação começa da seguinte forma:

“O nome da paciente é Marlene, é um caso de síndrome metabólica, a paciente é hipertensa e diabética”.

“Hoje o caso apresentado será do senhor Luiz Cláudio, eu sempre atendi sozinha este paciente desde o primeiro dia de atividade da disciplina. O paciente é casado, tem três enteadas, tem um quadro depressivo e sofre também de transtorno de ansiedade, além da dislipidemia. Para mim a depressão é o que parece mais importante”.

E o que pude observar nesta atividade é que mesmo que algumas apresentações se iniciem com enfoque no aspecto biológico, muito breves, questões mais amplas eram trazidas sobre este caso. No caso da paciente Marlene citada acima, em que sua apresentação se dá como sendo um caso de hipertensão e diabetes, a história trazida para a discussão foi bastante desafiadora, os alunos narram uma história de agressões no relacionamento com o marido, uma desvalia, um isolamento social e muito sofrimento. E o direcionamento dado à discussão é o levantamento de hipóteses sobre como ajudar a senhora Marlene a se fortalecer e se posicionar com relação a este relacionamento. O quadro metabólico foi resolvido na consulta, o espaço de discussão compartilhada vai contribuir subsidiando alunos e tutores com sugestões de condutas e ferramentas que possam cuidar dos outros aspectos de vida da senhora Marlene, uma vez que a hipertensão e a diabetes estão medicadas. A discussão orienta o aluno a perceber que a própria procura da unidade pela paciente está relacionada a sua necessidade de compartilhar e tratar o seu

sofrimento dentro deste relacionamento, ainda que ela o faça de maneira inconsciente.

A partir do segundo encontro da atividade de discussão ampliada, os alunos são incentivados a trazer para este espaço informações sobre pacientes discutidos na última atividade, pois a partir desta proposta os alunos são incentivados a fazer a consulta de retorno deste paciente a fim de realizar o seguimento considerando as propostas levantadas na atividade de discussão ampliada e considerar juntamente com o grupo, que colaborou com os direcionamentos, o que deu certo, o que foi ou não possível.

Eu pude perceber a riqueza desta proposta ao acompanhar grupos de alunos que não tinham na sua IUSC a prática ou a oportunidade da consulta de retorno, e com esta recomendação de trazer novamente para a discussão o caso atendido e os seus direcionamentos, puderam realizar o atendimento de retorno do paciente em discussão.

Os alunos também souberam usufruir deste espaço como um espaço de acolhimento, no qual puderam abrir-se e colocar as suas ansiedades, angústias, medos, assim como conquistas e aprendizados na disciplina, valorização da proposta pedagógica da IUSC III, críticas e sugestões.

“No retorno da senhora Marlene eu estava muito angustiada, não sabia o que fazer em uma consulta de retorno, ainda mais sem exames para verificar”.

“Depois de três anos de IUSC consigo entender que conhecer a realidade de vida do paciente enriquece a consulta”.

Dúvidas como da aluna Ana:

“é papel nosso fazer isso, aprofundar na parte psicológica dele, ou isso é papel do psiquiatra”?

“Ficamos uma hora esperando para conseguir ver o prontuário, e o paciente foi ficando irritado e acabou abandonando a consulta. Me senti muito mal”.

“Eu gostei muito, mas não sabia que eu ia gostar tanto. Você entende o paciente e conhece o contexto que ele está envolvido. Você não vai ter esta oportunidade em outro momento. É a única disciplina que aconteceu isso”.

Outro aspecto observado da riqueza deste espaço é a oportunidade que os alunos têm de poder falar e se abrir sem os filtros. É possível perceber que eles confiam neste espaço, sentindo-se seguros para as colocações.

“Eu gostaria de trazer que gosto muito da IUSC, que foi muito produtivo, mas tenho uma crítica a fazer que é em relação à narrativa que é pedida na disciplina, pois não vejo sentido em fazer uma narrativa sobre os casos atendidos”.

“Estamos muito perdidos na disciplina e não sabemos qual atendimento fazer. A unidade recebe muitos alunos no mesmo dia e não temos salas disponíveis para os nossos atendimentos”.

“Estamos lá desde o começo do ano e a unidade é uma desorganização geral, nada muda. Será que não seria possível redividir os alunos e nos encaminhar para outras unidades?”.

“Desde o começo do ano não vi nenhum retorno ainda, e quando isso acontece é esporádico, não é um paciente que foi atendido por mim, mas um retorno de algum médico da unidade e que acaba passando pela gente. Eu gostaria muito de atender uma consulta de retorno”.

Nestas falas os alunos foram ouvidos atentamente e em nenhum momento foram contestados. Os tutores e alunos de outros grupos colocaram-se com algumas argumentações, respeitando a opinião e entendendo a angústia do grupo pela falta de estrutura da unidade que os recebia.

Um outro aspecto bastante trabalhado na atividade em questão foi estimular os alunos a trazerem para este momento os sentimentos despertados no encontro aluno-paciente na disciplina. E colocações muito ricas foram oportunizadas como:

“Senti muita raiva daquela paciente, que falava sobre sintomas não verdadeiros, além de não querer ser atendida por nós, alunos”.

“Eu me sinto muito mal e desconfortável quando ele (o paciente) começa a contar que não tem relação sexual com a esposa e que suas enteadas se insinuam para ele”.

“Atender a freira foi muito gostoso, mas da outra paciente tive muito dó”.

“Eu ficava muito ansioso, mas com o passar do tempo, fui ficando desinteressado do caso, a paciente nunca melhorava”.

E apesar da riqueza do momento e de um traçado de sugestões a respeito dos casos atendidos e o pedido aos alunos para que este caso pudesse ser trazido

novamente para que as medidas tomadas pudessem ser avaliadas, esta não era uma realidade, alguns retornos não eram possíveis, e os alunos acabavam por não acompanhar mais o caso em questão.

Uma outra fragilidade refere-se à elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os casos acompanhados, o que também enquanto proposta da disciplina não teve contemplação.

A proposta da discussão ampliada, sem dúvidas tem contribuído muito para a direcionamento da disciplina de realizar o atendimento centrado nas necessidades do paciente e vislumbrando outros aspectos que não só os biológicos no processo saúde-doença. Acredito que o que enriqueceria muito esta atividade seria a participação de outros profissionais da equipe e o melhor preparo do caso a ser discutido, não em termos de sistematização, ou protocolo, mas no sentido do caso ser trazido após uma melhor discussão entre o grupo, alunos, tutores e a equipe. Muitas vezes o grupo sentia necessidade de mais informações sobre aquele caso que pudessem complementar a discussão, o que para tanto acredito até que seria importante levar para a discussão o prontuário do paciente.

Sendo assim, como as demais estratégias pedagógicas da IUSC III, a discussão de casos com a psicologia é uma estratégia com grande potencial que, no entanto, precisa de um aprimoramento e uma maior valorização.

CAPÍTULO 6 – Encontros e desencontros: desafios da prática da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde

Acompanho a quarta consulta que a aluna Adriana realiza com Marisa. Sua queixa é a mesma das consultas anteriores, dores pelo corpo que mudam de localização e não melhoram, o que tem desafiado Adriana nestes últimos quatro meses.

Marisa é uma senhora alta com um ar imponente e cerca de 70 anos. Entra no consultório com uma expressão fechada, não correspondendo à acolhida de Adriana que se mostra atenciosa. Cristina, a professora tutora de Adriana, ao apresentá-la não economiza nos elogios, definindo-a como responsável, com capacidade de comunicar-se de forma agradável, disponibilidade para ouvir e bastante acolhedora, afirmando ao final de seus comentários que “se ela fizer cirurgia será um desperdício”, reforçando o velho estereótipo de rivalidade que se estabelece entre clínicos e cirurgiões.

Aluna e paciente se posicionam lado a lado na mesa, o que diferencia esta unidade de outras tantas nas quais há sempre uma mesa entre o médico e o paciente.

- Dona Marisa, quanto tempo que não vejo a senhora?!

- Um mês! diz Marisa encerrando abruptamente sua saudação. Assim, começa a conversa confirmando a expressão de impaciência com que entrou no consultório.

E embora parecesse haver um bom vínculo e uma relação pouco assimétrica entre elas o encontro se desenrola com certa dissonância entre o modo informal e aberto que Adriana conduz a consulta e as reações um pouco rudes de Marisa. E apesar da aluna mostrar ser paciente e saber ouvi-la, diante deste primeiro corte ou primeiro desencontro, Adriana redireciona o diálogo para sua investigação:

- E o peso, dona Marisa? Houve ganho de peso neste último mês? E a pergunta vem com um tom de controle, embora a voz mantenha-se mansa.

Dona Marisa para e resolve abrir-se para um diálogo:

- Olha até agora não, eu estava com o mesmo peso, mas depois da festa de ontem ... aí eu já não garanto mais nada. E o tom de voz e a sua expressão mudaram visivelmente.

Adriana parece respirar fundo neste momento e sentir-se mais aliviada, retomando a consulta para o tom de um bom encontro.

- Ah! Então a festa estava boa! E o que tinha para comer?

- Nossa! Estava muito boa, tinha arroz com camarão e bolo. Me diverti muito e engordei também.

O clima descontraído deixou Marisa mais à vontade e abriu um espaço para Adriana explorar outras dimensões de sua vida. Todavia, Adriana retoma o que domina mais: a investigação clínica. Assim, redireciona a anamnese sobre as queixas que Marisa traz desde a primeira consulta:

- Mas e as dores? Como elas estão?

- Olha, as dores são insuportáveis, os remédios não resolvem nada, eu não sei se tenho artrite ou artrose.

Após um silêncio na narrativa sobre as dores, Adriana, reorienta a anamnese:

- E fora as dores, dona Marisa, o que mais a senhora tem para me contar?

Pronta e abruptamente ela responde:

- Circulação! O meu problema é má circulação.

Com um tom de estranheza a aluna responde:

- Má circulação! Como assim má circulação?

Adriana se mostra perplexa frente a um novo problema apresentado pela paciente.

- É isso mesmo, má circulação. Eu não sei se eu é que esqueço de falar sobre isso nas consultas, ou eu falo e vocês - médicos - é que se esquecem de me receitar o medicamento certo para melhorar a minha circulação.

Um prolongado silêncio se faz, talvez pela surpresa de Adriana diante de um novo problema, quando o primeiro não foi ainda melhor caracterizado e adequadamente encaminhado.

Dona Marisa quebra o silêncio e em tom mais manso fala:

- Eu tenho medo de problemas circulatórios, já tive muitos casos na família.

Se as dores “migratórias” já eram desafiadoras para Adriana, a incerteza e ambiguidade provocadas por mais uma queixa difusa a deixam sem reação: não procura explorar os sintomas físicos relacionados à “má circulação” mencionada pela dona Marisa e nem conversa sobre o que significa este “medo”.

Marisa se coloca mais impaciente diante da “paralisia” de Adriana e segue:

- E os meus exames?

Adriana que parecia buscar um novo rumo para a consulta, localiza os exames recentes no prontuário e se recompõe:

- Boas notícias! O colesterol ruim abaixou, sabe aquela gordura do sangue que não é boa, sabe? Então esta abaixou.

E outro desencontro: a notícia boa não agrada e não convence Marisa, que com um ar de incredulidade, talvez pela pouca idade da “médica”, imediatamente posiciona-se:

- Ai, eu não estou acreditando não! Ele sempre esteve alto, e agora você me fala que ele abaixou.

Adriana novamente fica bem sem jeito, porém não se deixa abalar e de modo gentil reafirma o bom resultado do colesterol e segue explorando outras questões: o uso dos remédios já receitados, as dores articulares, a dor de cabeça, o diabetes, ansiedade, etc. E, ainda assim, as duas seguem com um bom diálogo e Adriana reorienta a conversa e finalmente procura explorar as dimensões psicossociais:

- E as questões familiares? Houve melhora? Como está o relacionamento com os irmãos?

- Tenho um relacionamento difícil com os meus irmãos, mas acho que tem estado melhor.

- A situação melhorou ou a senhora acha que tomando o medicamento, tem estado menos ansiosa e lidado melhor com as questões?

A conversa não evolui e outro corte:

- Não sei, só sei que as coisas estão melhores e pronto!

Marisa não quer falar sobre a sua vida, mas sobre seus sintomas, sobre aquilo que afeta o seu corpo. Adriana não insiste em explorar suas relações familiares e faz uma pausa, talvez “estratégica” para o exame físico de Marisa. Começa aferindo a pressão arterial, palpando diversas regiões do corpo nas quais Marisa localiza sua dor, examina demoradamente seus pés, buscando encontrar algo que explique sua queixa de inchaço e possíveis problemas “de má circulação”.

Marisa mostra-se aparentemente satisfeita com o rumo tomado na consulta e com o empenho de Adriana. Para organizar os dados do exame físico que serão apresentados ao professor-tutor, Adriana permanece um tempo fazendo a anotação no prontuário, Marisa abaixa a cabeça e permanece calada. Adriana estranhando o silêncio pergunta se está tudo bem por duas vezes sem resposta. Na terceira vez:

- Dona Marisa, tudo bem? Tudo bem com a senhora?

A resposta é ríspida: - Estou esperando você parar de escrever.

O clima fica tenso novamente, pois Adriana constrange-se com a maneira como é respondida, pede desculpas e encerra este primeiro momento da consulta:

- Me desculpe, estou fazendo as anotações no prontuário da senhora. A senhora gostaria de me falar mais alguma coisa?

- Não.

- Então agora eu vou discutir a consulta com a Dra. Cristina, a minha professora. A senhora poderia esperar na sala de espera e logo a chamo de volta?

Marisa levanta-se em silêncio. Sai da sala sem dizer uma palavra.

Adriana olha para mim e desabafa: “este caso é muito difícil. As dores não melhoram nunca”. O que resume bem sua impressão geral deste encontro e talvez dos anteriores e de sua dificuldade em lidar com tanta ambiguidade e incerteza, encontros e desencontros com as dores e a impaciência de Marisa.

Estas dificuldades experimentadas por Adriana lhe ficaram bem mais claras, algumas semanas depois deste último encontro, na discussão de casos que fechou a disciplina. Nesta reunião Adriana apresenta o “caso de Marisa” a outros grupos de alunos, professores-tutores e docente da disciplina de Psicologia Médica:

- A dona Marisa foi a minha primeira paciente atendida na disciplina e também a última. Algumas vezes eu a atendi com um colega e na maioria das vezes sozinha. Esta é uma paciente muito complexa. Os atendimentos foram sempre muito demorados, o seu quadro é de diabetes, obesidade, hipertensão, além de apresentar muitas dores, que me dificultavam até mesmo aferir a sua pressão. A primeira suspeita foi de fibromialgia, mas hoje eu reconheço que o problema maior é emocional. Não foi fácil atendê-la, não foi fácil criar o vínculo.

Adriana foi instigada pelos participantes da discussão de caso a pensar sob outros aspectos que não só as dores e as doenças de Marisa e em muitos momentos a expor suas percepções e sentimentos despertados nestes encontros:

- Atender dona Marisa foi um grande desafio, este atendimento sempre me deixou muito chateada. A paciente sempre chegava à consulta com queixas novas e as antigas nunca desapareciam. No começo eu ficava muito ansiosa, mas teria sido muito mais fácil ou me ajudado mais se eu tivesse perguntado sobre as questões familiares logo no início dos atendimentos.

- Tentamos analgésicos, anti-inflamatórios e ela trazia que nada adiantava. Depois fui descobrindo o seu histórico familiar: eram muitas brigas, Marisa ficou viúva, morou no sítio a vida inteira e foi trazida para morar na cidade com a filha e duas netas adolescentes, o que lhe tem trazido muitos conflitos.

A partir da apresentação de Adriana na discussão de casos é possível perceber que a experiência da clínica na atenção primária é desafiadora não só para os alunos de medicina, como também para os profissionais de saúde, dada a complexidade dos problemas com que devem lidar. Ao que se agrega ainda o fato das “demandas de saúde mais frequentes se encontrarem muitas vezes na fronteira entre os ‘problemas da vida’ e a ‘patologia’ objetivamente definida e, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina” (Teixeira, 2005, p.9), ao que se somam ainda a ambiguidade e a incerteza do próprio conhecimento e da prática médica (SOMMERS & LAUNER, 2013)

Diversos estudos apontam que é bastante comum a crença de que “o conhecimento médico é uma certeza absoluta, não apenas entre os leigos, mas também entre os estudantes de medicina” (Iannello, 2017, p.1). Todavia, ao longo do “processo de formação grande parte dos alunos passa a compreender que a ambiguidade e a incerteza são próprias do conhecimento médico” (IANNELLO, 2017).

É interessante observar que a solução do “quebra-cabeças” com que se defrontou Adriana diante do conjunto de problemas de sua paciente só se completa com a discussão de casos da qual participa ativamente. Na quarta consulta, que pude acompanhar, as dimensões psicossociais foram pouco exploradas e as ambiguidades e incertezas das queixas de Marisa pareciam ainda muito presentes. Durante a discussão de casos Adriana revela que uma das netas de Marisa a acompanhou em uma das consultas, momento em que percebeu que havia uma dificuldade neste relacionamento, o que agora ao final, parece ter lhe ajudado a reconhecer problemas nesta esfera. Essa cronologia me leva a pensar no que pode ter acontecido nas poucas semanas que separaram esta última consulta da discussão de casos, quando Adriana apresenta sua paciente com a valorização de muitos aspectos do seu processo saúde-doença que não foram explorados nesta quarta consulta, especialmente o quadro de um possível sofrimento psíquico.

O fato é que nestes quatro meses Adriana realizou quatro encontros clínicos, alguns deles compartilhados com colegas, e produziu uma narrativa reflexiva

a respeito destes momentos, o que podem ter lhe ajudado a encaixar mais algumas peças no seu “quebra-cabeças”. Sabemos que a produção de narrativas reflexivas da prática clínica permite conhecer, interpretar e agir com empatia e aproximar-se do mundo do paciente ao apoiá-lo a dar sentidos a sua história de adoecimento (LAUNER, 2002).

Ao longo deste percurso de Adriana, também ocorreram encontros de supervisão com a professora-tutora antes da orientação final de cada consulta. E na discussão de casos pode apresentar, ouvir diferentes opiniões e debater a respeito da história de Marisa. O quebra-cabeças que causou a Adriana angustia e ansiedade ao longo de alguns meses finalmente revela sua imagem: uma possível correlação entre dores inespecíficas, luto, mudança para a casa da filha e uma vivência de conflitos familiares.

Ao olhar o conjunto de atividades regulares da IUSC III – as consultas supervisionadas com vários retornos, as narrativas reflexivas, o aprendizado entre pares, a anamnese ampliada, a discussão de casos – é possível reconhecer a potência do conjunto destas estratégias pedagógicas para que o aluno seja desafiado a ultrapassar o olhar biomédico do sofrimento humano. Neste momento, não me é possível dizer qual deles foi mais ou menos importante, mas sugere a relevância do conjunto destas estratégias que podem contribuir para lidar com as ambiguidades e incertezas do cotidiano da clínica para construir uma prática mais humanizada e integral, uma Clínica Ampliada.

A guisa de conclusão

Na quarta consulta acompanhei as conversas de Adriana e sua professora-tutora sobre Marisa. Trataram de diferentes dimensões objetivas de seu adoecimento: a evolução das dores, o uso “inadequado” dos medicamentos, o ganho de peso, alguns detalhes do exame físico para compreender o “problema de circulação”. Embora, neste encontro, já havia se revelado a história de vida de Marisa, todavia, em nenhum momento tratou-se de dimensões subjetivas do adoecimento de Marisa, talvez provocadas pelas mudanças recentes em sua vida: luto, deslocamento do sítio para a cidade e conflitos familiares. Por fim, decide-se pela não prescrição de medicamento para o “problema de circulação”.

Na volta ao consultório, Adriana ouve de Marisa:

- E então vocês discutiram sobre o inchaço das minhas pernas? E o meu remédio para a circulação?

Adriana com um ar tranquilo tenta argumentar que não há necessidade, pois após o exame clínico que realizou e discutindo a respeito com a professora, concluíram que para esse tipo de inchaço não será necessário medicá-la, mas sim seguir as recomendações que lhe serão dadas. Marisa parece não receber bem a proposta de tratamento para o seu “problema de circulação”, e com certa irritação declara:

- Sabe, nos meus 75 anos, eu tenho um sonho. O meu sonho é entrar em um tubo, sabe? Entrar num tubo e fazer uma ressonância dos pés à cabeça... e daí [vai] descobrindo o que eu tenho... isso ou aquilo. E daí o médico vai me dar um remédio.

Adriana fica sem reação e me olha quase pedindo socorro e permanece calada. Diante disto acabo intervindo:

- Isso não é preciso dona Marisa, nenhum exame pode substituir uma boa conversa com o médico, uma boa história relatada pode trazer um diagnóstico, sem ser preciso fazer uma ressonância ou tantos outros exames.

- Ai que sem graça! Afirma Marisa sorrindo.

Adriana retoma as forças neste momento, sentindo-se mais confiante com a minha colocação e também traz suas considerações: “sabe dona Marisa, vamos considerar, por exemplo, esta questão do inchaço nas pernas da senhora, para descobrir as suas causas foi preciso ouvi-la e fazer o exame físico, e assim já sabemos o que está acontecendo”.

Essas argumentações não parecem convencer Marisa ou alterar sua confiança na tecnologia que pode revelar os segredos de seu corpo.

É nítido o desconforto com que Adriana e eu mesma experimentamos esta manifestação de “desejo de tecnologia” por quem menos esperávamos, especialmente pelo contraste com o ideário da disciplina de valorização da conversa médico-paciente, da Clínica Ampliada, das tecnologias de escuta e conversa (TEIXEIRA, 2005).

O desconforto experimentado diante deste “fetiche dos equipamentos”, como chama Schraiber (2008), é também relatado por médicos de nossa Medicina Tecnológica que participam de estudo desta autora, como expressão de que “parte da

confiança perdida na relação médico-paciente foi transferida para a tecnologia material” (p.184). E talvez diante de alguns desencontros na relação entre Marisa e uma “médica-estudante” tão jovem, esta confiança possivelmente tenha se fragilizado.

Ao longo deste percurso etnográfico na IUSC foi possível reconhecer nos encontros professores/tutores-alunos uma problematização do uso excessivo de exames e medicamentos, com forte valorização do diálogo e do vínculo com seus pacientes. Todavia, como vimos a pouco, tais valores de uma clínica menos medicalizadora muitas vezes surpreende os alunos ao se depararem com usuários que “desejam” mais medicamentos e exames, dada a enorme extensão que a medicalização da vida alcançou em nossa sociedade. Foram, portanto, muitos momentos em que percebi tais desencontros e obstáculos na realização de uma Clínica Ampliada, momentos em que faltou um denominador comum entre os dois sujeitos deste processo: aluno e paciente.

Os retornos frequentes entre o aluno e o mesmo usuário/paciente mostraram uma enorme potência não só como estratégia de construção de vínculo, como também no reconhecimento da Clínica Ampliada na produção de conhecimento sobre os determinantes psicossociais do processo saúde-doença de cada pessoa acompanhada. Para isto, embora ainda requerendo um aprimoramento, o uso da “anamnese ampliada” mostrou-se útil ao aluno, ao sugerir algumas perguntas que lhes permitiram ampliar o conhecimento da história de vida das pessoas assistidas. Assim, oferecendo aos alunos uma vivência concreta da conexão com o que acompanharam ao longo do primeiro e segundo ano da IUSC ao explorarem os territórios de estudo e intervenção na periferia de Botucatu.

A prática de uma Clínica Ampliada e Compartilhada também permitiu que esta última dimensão, fosse realizada em muitos encontros que acompanhei, quando a consulta se realizou com escuta atenta, uma relação mais horizontalizada e a abertura para um papel mais ativo do usuário como sujeito do seu processo de cuidado.

E apesar de tantos avanços que podem ser observados na disciplina IUSC, a partir do uso das estratégias pedagógicas propostas e a prática clínica orientada pela humanização e integralidade do cuidado, há ainda barreiras a serem superadas: o império da biomedicina está presente e dirigindo os impasses do sujeito desta prática, pois a IUSC é um movimento ainda pequeno na escola médica e nos espaços de prática clínica na Atenção Primária.

Deste modo, cabe reconhecer que a IUSC é um movimento que rema conta a forte correnteza da biomedicina que corre nestes espaços em que a prática médica é realizada e no qual os alunos são uma pequena parte, porém muito viva e interessada em conhecer um outro modo de fazer a clínica e acreditando que é possível.

Recomendações

É possível reconhecer um grande avanço no que se refere à organização da disciplina IUSC III, conformando-se como prioritariamente prática e acontecendo na sua totalidade em um serviço de atenção primária. Porém também foi possível detectar que há uma necessidade de ajustes nesta articulação ensino-serviço, não em termos das relações, pois esta como já exposto se dá de maneira bastante tranquila. Ainda é bastante insipiente o contato da unidade com a disciplina. Em muitas unidades que recebem a IUSC III não há uma organização no sentido de uma agenda para a disciplina, com uma seleção prévia dos casos estabelecida mediante um diálogo entre ambas as partes envolvidas. E ao meu ver esta prática articulada, permeada por um diálogo poderia trazer grandes contribuições não só à disciplina, qualificando o processo de formação dos alunos, mas também ao processo de trabalho da unidade, que poderia se beneficiar com a presença dos alunos desenvolvendo uma parceria nos atendimentos realizados.

A estrutura física das unidades também apresenta-se como um obstáculo para o seu funcionamento e em diversas ocasiões a disciplina fica impossibilitada na viabilização de algumas de suas estratégias como, por exemplo, a realização da consulta pelo aluno sozinho pela ausência de consultórios disponíveis.

A falta de diálogo entre a instituição e o serviço também acaba por não deixar claro o papel da disciplina e de seus alunos que em muitos momentos são cobrados pelo fato de não “ajudarem” no atendimento dos casos eventuais, que procuram a unidade sem uma consulta agendada.

A disciplina preconiza nas suas diretrizes que houvesse uma discussão e acompanhamento dos casos envolvendo os profissionais de saúde da unidade, que pudessem contribuir no sentido de estabelecer uma visão mais holística dos pacientes acompanhados com outras informações do histórico de vida e saúde e, no entanto, os atendimentos e discussões acontecem apenas entre os atores da disciplina: aluno e tutor. A possibilidade de um diálogo na escolha dos casos e depois a participação

durante o processo de acompanhamentos dos mesmos traria, inclusive, a possibilidade de se pensar na construção de um projeto terapêutico singular, outra recomendação que também não tem sido contemplada.

Como já visto, a supervisão da consulta médica acaba por trabalhar na sua maioria das vezes com as questões mais convencionais do processo de adoecimento, com enfoque no biomédico e sem se expandir suficientemente para uma condução mais ampliada do caso, considerando os princípios orientadores da Clínica Ampliada. E se por vezes outras questões são detectadas, na condução e acompanhamento do caso acabam por não serem contempladas.

A construção do projeto terapêutico singular é uma das recomendações para a transformação da prática clínica, no sentido de trabalhar com as necessidades de cada caso numa perspectiva ampliada do processo de adoecimento. A sua construção está atrelada à discussão de caso de maneira a englobar o maior número possível de informações, o que só seria possível com o envolvimento de toda equipe (CUNHA, 2005).

Já com relação ao emprego das estratégias pedagógicas na prática clínica o que pude observar é que mediante a potencialidade de cada uma delas, um empenho maior no seu emprego se faz necessário. Como já discutido não há uma unanimidade no uso como, por exemplo, o roteiro da anamnese ampliada e a consulta de retorno em muitos grupos não aconteceram rotineiramente.

Com relação à supervisão dos atendimentos orientada pelos princípios da Clínica Ampliada, é possível apreender que estamos diante de uma construção desta prática, que necessita consolidar-se.

Para o uso das narrativas faz-se necessário instrumentalizar os tutores para que pudessem falar com mais propriedade e com condições de utilizar este recurso de maneira mais adequada com os alunos.

A manutenção da atividade de discussão dos casos com os docentes de psicologia médica é primordial dada a sua potencialidade;

E apesar das pressões da unidade para que a disciplina assuma a demanda de atendimentos, é bastante importante manter um único atendimento diário pelas duplas de alunos, o que possibilita um tempo suficiente e necessário para que a clínica possa ser exercida na sua integralidade.

A disciplina estruturou-se mediante importantes movimentos de mudança no ensino médico, ao longo destes anos foi aprimorando-se e hoje encontra-se em

um momento bastante significativo neste processo de mudança. É indiscutível os seus grandes avanços e o que compete-nos agora é a lapidação destas conquistas.

REFERÊNCIAS

- ALBEDAIWI, W. et al. Interpersonal continuity do care and patient satisfaction: a critical review. **Ann. Fam. Mês**, v,2, p. 445 – 451, 2004.
- ALBUQUERQUE, C. P. **Ensino e Aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS**: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade. “Narrativas e Tessituras”. 2007. 303f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- ALBUQUERQUE, M. C. S. et al, A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta. Paulista de Enfermagem**. V.27, n.4, p. 300-303, 2014.
- ALBUQUERQUE, V.S. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n.3, p. 356-362, 2008.
- ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: a mudança é possível. 2. ed. Rio de Janeiro: ABEM, 2011.
- ALMEIDA, M. J.; GONZÁLES, A. D. Ativação de Mudança na formação superior em Saúde: dificuldades e estratégias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n.2, p. 238-246, 2010.
- ANDRÉ, M. E.D. M., **Etnografia da prática escolar**. São Paulo: Editora Papirus, 2015
- ARAÚJO, D. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, supl. 1, p. 20-31, 2007.
- ARAÚJO, D.; PEIXINHO, A. L. Avaliação qualitativa em medicina: experiência em propedêutica médica na UFB, 2003. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, n. 2, p. 20-30, 2006.
- ARAÚJO, L. F. S. et al, Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.15, n.3, p.53 -61, julho – setembro 2013.
- ARAUJO, M.F.S.; VERAS, K.F.O. Processo e precarização do trabalho no Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica Ciências Sociais**, n.14, set. 2009.
- ARIAS, C. A.; GUZMAN, F. La história clínica: elemento fundamental de lacto médico. **Revista Colombiana**, circulação 2012, v.27, p.15-24.
- BALDUINO, P. M. et al. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o Olhar do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p.335-342, 2012
- .
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Escola Ana Nery**, out-dez (4), p. 802 – 810, 2011.

BARATIERI, T. et al. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5, p. 1260 -1267, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, I. C. **Examinando pacientes – a anamnese**. Disponível em: www.saudedireta.com.br/docsupload/1332097453anamnese.pdf. Acesso em 30 de outubro de 2016.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. **História da clínica e a Atenção Básica: o desafio da ampliação**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2015. 187 p.

BENSENOR, I. M. Anamnese, exame clínico e exames complementares como testes diagnósticos. **Revista de Medicina**, São Paulo, v.92, n.4, p.236-41, 2013.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, n.1, p. 27-31, 2006.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo, Martins Fontes, 3ª edição, 2003.

BONET, O. Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro**, v.9, n.1, p. 123-150, 1999.

BONET, O. **Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 136 p.,2004.

BRANDÃO, C. R. Reflexões sobre como fazer o trabalho de campo. **Sociedade e Cultura**, v.10, n.1, p. 11-27, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprender o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/cartilha/apredersus.pdf. Acesso em 27 de janeiro de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: < [HTTP://www.planalto.gov.br/](http://www.planalto.gov.br/)>. Acesso em 30 de agosto de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Clínica Ampliada**. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 59 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Editora MS, 2009. Disponível em: [bvsms_saude.gov.br/bvs/publicações/humaniza_sus_atencao_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/humaniza_sus_atencao_basica.pdf). Acesso em 15 de dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < [HTTP://www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes)>. Acesso em: 30 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[HTTP://www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes)>. Acesso em: 30 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <[HTTP://www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes)>. Acesso em 30 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Secretaria Executiva – Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**, 2003. Disponível em: [HYYP://www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora). Acesso em 22 de julho de 2015.

Cadernos Humaniza SUS: formação e intervenção. Ministério da Saúde, Brasília-DF, v.1, 2010.

CAMARGO, K. R. J. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 (Suplemento) p.177 – 201, 2005.

CAMARGO, K. R. J. **Biomedicina, saber e ciência**. São Paulo: Hucitec, 195 p., 2003.

CAMPOS, F. F. Caminhos para aproximar a Formação Profissional de Saúde das necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p.53-59, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: CAMPOS, G.W.S. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.393 – 403, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A Clínica Ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.4, p.849–859, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Papel da Rede de Atenção Básica em saúde na Formação Médica Diretrizes. **Cadernos da ABEM**, v. 3, p.1, 2007.

CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 83-89, 2008.

- CAMPOS, G. W. S. **SAÚDE PAIDEIA**. São Paulo: HUCITEC, 2007b. p.186. 3ª ed.
- CANÇADO, M. Um estudo sobre a pesquisa etnográfica em sala de aula. **Trab. Ling. Apli.** Campinas (23) 55-69, jan-jun 1994.
- CANESQUI, A. M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec-Fapesp, 2007.
- CAPRARA, A.; FRANCO et al. A relação assimétrica médico-paciente representando o vínculo terapêutico. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 139 -146; 2004.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico para a humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.647 – 654, 1999.
- CARDOSO, R. O. **O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir e escrever**. São Paulo: Editora Unesp, 2000, 2ª edição.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, março de 2003. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07pdf. Acesso em: 15 de novembro de 2017.
- CHARON, R. Narrative Medicine: a model for empathy reflection, profession and trust. **Jama**, 286 (15), p.1897 – 1902, 2001.
- CHARON, R. Bearing Witness. In: Narrative Medicine: honoring the stories of illness. New York, Oxford University, 2006.
- CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA: Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, 2ª edição, Brasília, 2007.
- CONCEIÇÃO, J. L. M. **Revista de Saúde Pública** 916/2006. Disponível em: <http://educacaopublica.cederj.edu.br/revista/artigos/a-avaliacao-segundo-a-lei-de-diretrizes-e-bases-da-educacao>. Acesso em: 27 de janeiro de 2018.
- CRUZ, C. S. S. Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 30-39, jan./jul. 2013
- CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.
- CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2004. 182f. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, C

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/Continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, n. 16 (Suplemento 1.1) p.1029 – 1042, 2011.

CUNHA, E. M. **Vínculo longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais no SUS**. Tese apresentada para a obtenção do título de doutor em ciências na Área de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009.

CYRINO, E.G.; et al. Ampliando parcerias para o ensino significativo na Atenção básica à saúde: o Programa Interação Universidade, Serviço e Comunidade – IUSC da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. In: **ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO**. Joinville, 2007. p.2-16.

CYRINO, A. P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde**: estudo de um serviço de atenção primária à saúde. 1993. Dissertação de Mestrado (Medicina Preventiva). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

CYRINO, A. P.; HOKAMA, P. O. M. **Guia para orientação na Atenção Primária à Saúde**. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2009.

CYRINO, A. P.; MAGALDI, C. **Saúde e Comunidade**: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva. Botucatu: Cultura Acadêmica /Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2002.

CYRINO, A. P. Primeiros passos: constituição do ensino extramuros na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu. In: CYRINO, A. P.; MAGALDI, C. **Saúde e Comunidade**: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva. Botucatu: Cultura Acadêmica/ Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2002, p.20.

CYRINO, E. G. et al. Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade, serviço e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. In: PINHEIRO, R.; CECIM, L. MATTOS, R. A. (Org.) **Ensino-Trabalho e Cidadania**: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABREASCO, 2006, p.71-84.

CYRINO, E. G.; RIZZATTO, A. B. P. Contribuição à mudança curricular na graduação da faculdade de medicina de Botucatu. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v. 4, n. 1, p. 59-69, 2004.

CYRINO, E. G. et al. Org. **A Universidade na Comunidade**: educação médica em transformação. Botucatu: Eliana Goldfarb Cyrino, 2005, p.22-38.

CYRINO, E. G. et al. Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o Pet-Saúde da FMB/Unesp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p. 92-101, 2012.

CYRINO, A.P.; CYRINO, E.G.; GODOY, D. **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre a prática de ensino na atenção primária à saúde**. Editora Cultura Acadêmica, São Paulo, 2014, 252 p.

DESLANDES, S. F. et al, Processo comunicativo e humanização em Saúde. **Interface, Comunicação, Saúde Educação**, v.3, suplemento 1, p.641 – 649, 2009.

DERMAZO, M.M.P. et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária na graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p.143 -148, 2012.

DHEIM, G. **Pausa! Clínica. Clínica Política. Clínica Ampliada: A Produção do Sujeito Autônomo**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2010.

DICHI, J. B.; DICHI, I. A agonia da história clínica e suas consequências para o ensino médico. **Revista brasileira de educação médica**, v. 30, n.2, p.93 -97, 2006,

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o campo de trabalho: **CAD Pesq.** 2002; 115:139-54.

FALKEMBACK apud PINHO, F. F.; MOLON, S.I. Os bastidores do diário de campo: um instrumento de pesquisa qualitativa. **Seminário de Pesquisa Qualitativa – FURG**, 13 a 15 de julho de 2011 p.2.

FAVORETTO, C. A. O. **A narrativa na e sobre a clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde**. Tese apresentada para a obtenção do título em doutor em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

FAVORETTO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da Atenção Primária. **Revista APS**, v.11, n.1, p. 100-108 jan/março 2008.

FAVORETTO, C. A. O. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v.15, n.37, p.473-83, abril-junho, 2011.

FERRARI, H. A entrevista médica: considerações gerais. In: FERRARI, H. **Salude mental em medicina**. Buenos Aires: Lopez Editores, 1996.

FERREIRA, R. Formação médica: a aprendizagem na Atenção Básica em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n.1, p.52-59, 2007.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.3, p.111 – 118, set/dez 2005.

FEUWERKER, L. C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Divulgação Saúde e Debate**, (22), p. 18-24, 2000.

FEUWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002, 306p.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação**. Tese apresentada para a obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva, Campinas, 2012.

FORTES, P, A, C, Ética, direito dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado, 7ª edição, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FREITAS, M. E. A. SPAGNOL, C. A.; CAMARGOS, A. T. Observação e diário de campo: técnicas utilizadas no estágio da disciplina em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 20, n. 1/2/3, p. 11-18, 2006.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas editora, 1999.207p.

GIL, C. R. R. Interação ensino, serviço e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n.2, p.230-239, 2008.

GODOY, D. C. **O ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de alunos de graduação médica**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu-SP, 2013.

GODOY, D. C.; CYRINO, A. P. **O estetoscópio e o caderno: narrativas da vivência clínica de estudantes de medicina**. 1. Ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013.

GONÇALVES, E.L. A educação médica e a relação médico-paciente. **Pediatria (São Paulo)**, 21 (3): 175 – 181, 1999.

GROSSMAN, E. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e o ensino médico. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, jan-abril, 2006.

GROSSMAN, S.; PATRICIO, Z. M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a promoção da educação médica. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, maio-agosto, 2004.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEERTZ, C. **El antropólogo como autor**. Barcelona: Ediciones Paidós, 1989.

GUSMAN, F; ARIAS, C.A. La historia clinica: elemento fundamental e médico. **Revista Colombiana Circ.** V.27, p. 15 – 24, 2012.

HAFNER, M. L. M. B. et al. A Formação Médica e a Clínica Ampliada: Resultados de uma experiência Brasileira. **Ciências & Saúde Coletiva** v.15, Supl. 1, p. 1715-1724, 2010.

IANELLO. P. et al. Ambiguity and uncertainty tolerance, need for cognition, and their association with stress. A study among italian practicing physicians. **Medical education online**, v.22, n.1, 2017.

IRBY, D. M.; COOKE, M.; O'BRIEN, B. C. Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 85, p. 220-227, 2010.

LAMPERT, J. B. Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. Rio de Janeiro, Hucitec, 2002

LAMPERT, J. B. et al. Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**; v.33, n1 (supl 1), p.19 -34, 2009.

LAPLANTINI, F. **A descrição etnográfica**. Editora Terceira Margem 2004.

LAUNER, J. **Narrative based primary care: a practical guide**. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2002.

LEECCC **A pesquisa Etnográfica**. Laboratório de Etnografia e Estudos em Comunicação. Disponível em: www.proppc.uff.br/leecc/pesquisa_etnografica. Acesso em 13 de outubro de 2017.

LIMA, T. C. S. et al. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos e Contextos**, v.36, n.1, p.93-104, 2007.

LINGARD, L. et al. A certain art of uncertainty: care presentation and the development of professional identity. **Social Science & Medicine**. V.56, p. 603 -616, 2003.

LUZ, T. M. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica**. Medicina Rio de Janeiro, Campus 1988.

LUZ, T. M.; TESSER, C. D. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.195 -206, 2008.

MACHADO M. F. A. S. et al, Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335 -342, 2007.

MANOEL, C. M. **A experiência multiprofissional e interdisciplinar da Interação Universidade-Serviços-Comunidade: o olhar e o trabalho do professor tutor.** 2012. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Botucatu, 2012.

MANOEL, C. M.; CYRINO, E. G. Inovação pedagógica no ensino médico e de enfermagem: desafios e perspectivas na formação de professores. In: CYRINO, A. P. P.; GODOY, D. C.; CYRINO, E. G. (Orgs). **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 77-91.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Ims Abrasco, 2001. p. 39-64. Acesso em: <>. Acesso em: 3 abr. 2013.

MARIN, M. J. S. Aprendendo com a prática: experiência de estudantes da Famema. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.1, p.90-96, 2007.

MARTINS, M. P. **Estratégias pedagógicas no ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências dos alunos de graduação médica.** Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu-SP, 2015.

MASSOTE, A. W.; BELISÁRIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção Primária como Cenário de Prática na Percepção do Estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p.445-453; 2010.

MEDEIROS, N. S. et al. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. **Revista Bras. Edu. Med.**, v.37, n.4, p. 515 – 525, 2013.

MENDES, O. M. Avaliação formativa no ensino superior: reflexões e alternativas possíveis. In: VEIGA, I. P. A. et al. **Currículo e avaliação na educação superior.** São Paulo: Junqueira e Marin, 2005. p.175-197.

MEHRY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T. (Org.) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7ª ed. São Paulo, Hucitec – Abrasco, 2000.

MOREIRA, J.O. et al. O surgimento da Clínica Psicológica: da prática curativa aso dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão.** Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, v.27, n.4, p. 608 -621, 2007.

- MOURA, J. C. **Interações e comunicação entre o médico e os pacientes na Atenção Primária à Saúde: um desafio hermenêutico**. 2012. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo.
- MOURA, A. C. S. **Um estudo sobre avaliação da aprendizagem em cursos de graduação da Universidade Estadual de Londrina**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2007.
- MOURÃO, M. G. M. et al. A avaliação no contexto da formação médica Brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.3, p.1-20, 2009.
- NUNES, E. D.; BARROS, N. F.; Boys in White: um clássico da pesquisa qualitativa completa 50 anos. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out-dez. 2014, p.1179-1196.
- OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: Um Debate Crucial no Contexto do PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n. 3, p.333-346, 2008.
- OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. 2ª edição. Brasília: Paralelo 15; São Paulo, Editora Unesp, 2000, 220p.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PARAGUAY, N. L. B. **O ensino da clínica na Atenção Primária**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas, 2011
- Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, Ministério da Saúde, Brasília, 2003.
- PEIRANO, M. Etnografia ou a experiência vivida. **Ponto URBE – revista do núcleo de antropologia urbana da USP**. Ano 2, versão 2.0, fev. 2008.
- PERRENOUD, P. **Da Excelência à Regulação das Aprendizagens: Entre duas Lógicas**. Artmed, Porto Alegre – RS, 1999.
- PESSOTTI, I. A formação humanística do médico. **Medicina Ribeirão Preto**, 29: 440-448, out-dez, 1996.
- PINHO, F. F.; MOLON, S. I. Os Bastidores do Diário de Campo: Um Instrumento de Pesquisa Qualitativa. Seminário de Pesquisa Qualitativa. FURG, 13 a 15 de julho, 2011.
- PINTO, T. R. **Atenção Primária à Saúde e o ensino: tensionamento e potencialidades na prática pedagógicas assistidas**. Tese de Doutorado em Saúde Pública - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu-SP, 2013.
- PORTO C.C. **Exame clínico: bases para a praticamédica**.5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

QUEIROZ et al.; Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev Enferm UERJ**, V.15, n.2, p.276-283, abr-jun 2007.

REGO, S. et al. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico à partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v,35, n.4, p.557 -566, 2011.

Revista Brasileira de Saúde Pública, v.36, n.3, p.375 -378. Disponível em www.fsp.usp.br/rsp. Disponível em 1 de janeiro de 2018.

RIBEIRO, D. **Diário Índios**. Editora Letras, 2006 apud ROCHA, A. L. C.; ECKERT. C. Etnografia: Saberes e Práticas. In: JARDIM. C. R. **Ciências Humanas: pesquisa e método**, p.8 Porto Alegre. Editora da Universidade, 2008.

RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.4, 151 – 160, 2008.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L.B. **Humanização e humanidades em medicina**. São Paulo, Editora Unesp,291 p.1ª edição, 2012.

RIOS, I. C. **Subjetividade contemporânea na Educação Médica: a formação humanística em Medicina**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ROCHA, A. L. C.; ECKERT. C. Etnografia: Saberes e Práticas. In: JARDIM. C. R. **Ciências Humanas: pesquisa e método**. Porto Alegre. Editora da Universidade, 2008.

RODRIGUES, D. C. **Ensino na comunidade: aspectos socioeconômicos e demográficos das famílias visitadas por estudantes de medicina e enfermagem**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu-SP, 2013.

RODRIGUES, M. A. M. A arte e a ciência da anamnese. **Medisur – Suplemento “El método clínico”**, v.8, n.5, p. 28 -32, 2010.

ROMANHOLI, R. M. Z. **A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado**. 2010. 170f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

ROMANOWSKI, J. P. et al. Avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e os alunos? In: ANASTASIOU, L. G. C. et al. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias trabalho em aula. 6. ed. Joinville: UNIVALE, p. 121-139, 2006.

SÁ SILVA, J. R. et al. Pesquisa Documental: Pistas teóricas e Metodológicas. **Revista Brasileira de Histórias & Ciências Sociais**, v.1, n.1, 2009.

SANCHES, R. P. et al, Continuidad y Longitudinalidad em Medicina General em cuatro países europeos. **Revista Espanhola de Salud Publica**, v.71, n.5, september-ocutubre, 1997.

SAULTZ, M.D. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **Ann Fam Med**, n.1, p. 134 -143, 2003.

SCHRAIBER, L. B. **Educação Médica e Capitalismo**: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações**: a crise do vínculo de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008, 254 p.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, v.29, n.1, p. 63-74. 1995.

SILVA, K. B. **Avaliação formativa e reguladora na educação superior**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2006.

SILVEIRA, R.; LEAL, O. LOFEGO, J. Saúde da família no curso de medicina da Universidade Federal do Acre. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTO, R. A. **Ensino – Trabalho – Cidadania**: Novas Marcas ao Ensinar Integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, p15-32, 2006.

SOARES et al.; Pesquisa participante como opção metodológica para investigação de práticas de assédio moral no trabalho. **Rev. POT**, v.6, n.2, jul/dez, p.85-110, 2006.

SOARES, M. O. M. et al. Reflexões contemporâneas sobre a anamnese na visão do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n.3, p.314 – 322, 2014.

SOMMERS L., LAUNER J. (eds) **Clinical Uncertainty in Primary Care**. Springer, New York, 2013.

SOUTO, B. G. A. et al. A história clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n.3, p. 176 – 81, set/dez 2011.

SOUZA, C. R. N. D. **A formação médica, racionalidade e experiência. O discurso médico e o ensino da clínica**. Rio de Janeiro, tese apresentada para a obtenção do título de doutor em ciências da saúde, 1998.

SOUZA, I. **Relação médico-paciente na clínica em cardiologia. Entrelaçamento entre ciência, técnica e prática em um contexto de formação médica**. Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

SOUZA, J. et al. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.25, n.2, p.221 -228, maio-agosto, 2011, Salvador.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, Unesco – Ministério da Saúde, 710 p., 2002.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Estrutura da consulta. In: LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007. p.11-46.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TEIXEIRA, R. R. O desempenho de um serviço de Atenção Primária à Saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface, comunicação e educação**, v.9, n.17, p. 219 – 234, 2005.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Julho/set. 2005, vol. 10, n. 3.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoría na rede básica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.33, n.1, p 24-32, 2009.

TROCON, L. E. A. **AVLIAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA**. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v.29, 429-439, 1996.

TRONCON, L. E. A. **O ensino clínico na comunidade**. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v.32, 335-344, 1999.

ULIANA, M. R. P. **O Ensino de Graduação Médica na Comunidade: vivências e percepções de alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu-SP, 2010.

ULIANA, M. R. P; CYRINO, A. P. P. A construção de uma disciplina: um olhar sobre o processo de implantação do programa de ensino de graduação médica na comunidade. In: CYRINO, A. P. P.; GODOY, D. C.; CYRINO, E. G. (Orgs). **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 51-74.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Medicina. **Programa da Disciplina IUSC 3º ano**. Botucatu, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP. Faculdade de Medicina de Botucatu. **Programa da Disciplina IUSC 3º ano**, 2012.

VELHO, G. O desafio da cidade: **novas perspectivas da Antropologia Brasileira**. Editora Campus Ltda, Rio de Janeiro 1980.

VELHO, G. Observando o familiar. In **A aventura sociológica**. NUNES, E. O. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

VIEIRA, J. E. et al. Instalação da Disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.3, p236-244, 2007.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização no contexto da formação em saúde. In: CYRINO, A. P. P.; GODOY, D. C.; CYRINO, E. G. (Org.). **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p. 147-189.

VOTRE, S.J. et al. Pergunte mais de uma maneira: alternativas para aumentar a eficácia da anamnese. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.3, p. 648 – 657, 2009.

ANEXOS

Anexo 1 – Roteiros de entrevista e consulta médica

Anexo 1

ANEXO 1 – Roteiros de entrevista e consulta médica

CONSULTA: ROTEIRO DE ENTREVISTA – CASO NOVO

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ DN: __/__/__ Idade: _____

Sexo: ____ Naturalidade: _____ Procedência: _____ Est. Civil: _____

Nome da mãe: _____

Em que trabalha: _____ Religião: _____

Nº de moradores em casa: _____ Renda total: _____

II - INVESTIGAÇÃO DOS PROBLEMAS E SENTIMENTOS RELACIONADOS

A - SINTOMAS ATUAIS E EVOLUÇÃO DO(S) SEU(S) PROBLEMA(S) DE SAÚDE

Deixar o paciente falar, interromper para perguntas relativas à história ou para caracterizar algum diagnóstico específico.

B - SENTIMENTOS RELACIONADOS AOS PROBLEMAS DE SAÚDE (E/OU QUE O AFETA)

1 Por que você acha que passou a ter esse(s) problema(s) de saúde?

2 O que mudou na sua vida desde que começou a ter esses problemas?

3 Você se sente apoiado(a) e compreendido(a) quanto a seu sofrimento?

SIM: _____ Quem ou o que o(a) conforta?

NÃO: _____ Como você gostaria que fosse? _____

(Parentes/religião/colegas de trabalho/apoio financeiro...)

4 Avaliar sentimentos associados ao problema de saúde, tais como: temores em relação à morte ou incapacidade física, não aceitação da condição de doente...

5 Como você espera que eu lhe ajude?

Anexo 1

III - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO INDIVÍDUO

- 1 O que ou quem lhe ajuda a ter um dia mais agradável?
- 2 O que você faz para aliviar o cansaço ou estresse?
- 3 Qual seu maior sonho atualmente?
- 4 Gosta do seu trabalho? Por quê?
- 5 Você se preocupa com sua alimentação? Como?
- 6 Tem rede social?
SIM: ____ Com quem se relaciona? _____ (amigos, família...)
NÃO: ____ Por quê? _____
- 7 Participa de atividades comunitárias? Preocupa-se com os problemas da sua comunidade? Envolve-se na busca de soluções para os problemas coletivos?

IV - INVESTIGAÇÃO CLÍNICA COMPLEMENTAR

A. Medicamentos em uso

Nome (genérico)	Dosagem	Períodos do dia e quantidade		
		Manhã	Tarde	Noite

Anexo 1**B. ISDA****Sintomas gerais**

Febre (tipo, duração, intensidade, horário de aparecimento)

Emagrecimento (tempo e quantidade, recuperação)

Disposição e capacidade de trabalho, sono, preferência pelo frio ou calor)

Pele, anexos e mucosa

Sintomas e alterações (temperatura, umidade, sensibilidade, elasticidade, fenômeno de Raynaud, fotosensibilidade, sudorese). Lesões de pele

Pêlos (queda de cabelos, mudança de cor)

Unhas (lesões)

Subcutâneo: edema (início, localização, extensão, consistência e coloração, temperatura, sensibilidade, horário de aparecimento, evolução) - enfisema, gânglios

Cabeça

Cefaléia (tipo, frequência, horário de aparecimento, evolução, localização e fenômenos acompanhantes) Vertigens e tonturas, convulsões, desmaios

Olhos

Edema palpebral, acuidade visual, escotoma, fosfenas, diplopias, conjuntivas, dor

Ouvido

Dor, corrimento, acuidade, zumbidos

Nariz

dor, corrimento, obstrução, epistaxe, olfação, cacosmia, espirro, respiração bucal

Boca

Sialorréia, sialosquese, halitose, lesões de lábios, língua e gengivas, alteração do gosto, dentes

Oro-faringe

Dor, rouquidão, afonia, amigdalites, engasgo, lesões de pálato

Pescoço

Dor, tumorações (tempo de duração, crescimento, sinais inflamatórios)

Anexo 1**Aparelho cardíaco-respiratório**

Dispnéia (início, intensidade, tipo, modo de aparecimento, duração, evolução, fatores de melhora e piora)

Dor torácica (início, topografia, caráter, intensidade, irradiação, modo de aparecimento, fenômenos acompanhantes, duração, fatores de melhora e piora, evolução)

Palpitações (início, ritmicidade, condições que provocam, modo de aparecimento e término, fenômenos acompanhantes, evolução)

Tosse (início, caráter, intensidade, horário de aparecimento, hemoptise, chiadeira)

Expectoração (cor, quantidade, sangue, hemoptoica, vômica, febre)

Aparelho digestivo

Apetite, intolerância alimentar, polidipsia, polifagia, disfagia (tempo e duração, períodos sintomáticos e de acalmia, contínua, ritmo, localização, fatores modificadores, evolução)

Pirose (tempo e duração, períodos sintomáticos e de acalmia, contínua, ritmo, localização, fatores modificadores, evolução)

Regurgitação (tempo, horário, frequência, quantidade, aspecto)

Dor abdominal (tempo e duração, caráter, localização, irradiação, intensidade, períodos sintomáticos e de acalmia, contínua, ritmo, fatores modificadores, sintomas acompanhantes, evolução)

Vômitos (tempo e frequência, náuseas, vômito provocado, volume, horários, odor, bile, restos alimentares, fecalóide, estrias de sangue, evolução)

Plenitude epigástrica (tempo e duração, progressiva, intermitente, fatores acompanhantes)

Icterícia (tempo, início, súbito, instalação lenta, intermitente, progressiva, persistente, sintomas acompanhantes, cor das fezes e urina, prurido, vômito, intolerância a gordurosos, febre)

Hematêmese, melena e enterorragia (nº de episódios, volume, duração, dor, desmaio, sudorese, febre, icterícia)

Diarréia e disenteria (tempo e duração, períodos sintomáticos e assintomáticos, contínua, nº de evacuações/dia, consistência das fezes, quantidade de cada deposição, cor, muco, pus, sangue, gordura, fatores constipação (tempo e duração, falsa diarréia, características das fezes, alternância, com hábito intestinal normal ou com diarréia, disquezia, uso de laxantes, lesões ano-retais, tipo de dietas)

Prurido anal, proctalgia, eliminação de vermes

Ascite (tempo, início lento ou súbito, dor, concomitância com outros edemas)

Anexo 1**Aparelho gênito-urinário**

Dispareunia, libido, corrimento, prurido vulvar, incontinência urinária e fecal, dor pélvica, menarca, menopausa, alterações de menstruação (menorragia, metrorragia); lesões mamas (dor, tumor, secreções); testículos (localização, dor, alterações do tamanho, edema escrotal), disúria, poliúria, oligúria, hematúria, colúria, polaciúria, nictúria, urina espumosa, cólicas reno-uretais, retenção e incontinência, alterações do jato urinário, gotejamento terminal, secreções

Aparelho locomotor

Dor articular (tempo e duração, intensidades, sinais inflamatórios, simetria, articulação acometida, deformidade, limitação funcional e rigidez matinal, fatores acompanhantes, evolução). Espasmos musculares, atrofias, claudicações, deformações ósseas, fraturas frequentes)

Sistema neuro-psíquico

Nervosismo, insônia, emotividade, humor, convulsões, desmaios, parestesia, dores, paralisias, fraqueza muscular, atrofias, tremores, incordenação, movimentos involuntários, alterações da marcha, alterações da fala e da escrita, alterações esfinterianas e da libido

C - ANTECEDENTES PESSOAIS

Condições de nascimento e de desenvolvimento

Condições de moradia (locais e tempo)

Alimentação (quantidade, precária, regular, boa). Alimentos contaminados (leite, verduras, carnes)

Fumo, álcool (tempo, tipo de bebida, quantidade-ml, contínua, intermitente, progressiva, deixou de beber). Tóxicos e poluentes

Vacinações (época, tipo reforços). Injeções e transfusões (época, tipo, reações).

Reumáticos (nº de surtos, duração, sinais inflamatórios, articulações acometidas, idade nos surtos), hanseníase, chagásicos, luéticos, hipertensivos, cirúrgicos, obstétricos, traumáticos, doenças pulmonares renais, digestivas e venéreas

Escolaridade

Anexo 1

Pescoço: forma e volume, pulsações arteriais e venosas, estase jugular, tireóide (forma, consistência, superfície, sensibilidade, fremito, sopro); aorta na fúrcula

Tórax - Aparelho respiratório

Inspeção estática: forma, simetria, condições das partes moles e ósseas *Inspeção dinâmica:* frequência, ritmo, expansib., musc. acessória, retrações, cornagem *Palpação:* expansib., FTV, pontos dolorosos, outros frêmitos *Percussão:* sons de percussão, mobilidade do diafragma *Ausulta:* MV, ruídos adventícios (roncos, sibilos, creptações finas e grossas); atrito pleural *Ausulta da voz:* aumentada, diminuída *Mamas:* inspeção e palpação (presença de nódulos, retração mamilar, tumoração, sinais inflamatórios)

Tórax - Aparelho cárdio-circulatório

Inspeção: deformidades, choque da ponta (sede, extensão, ritmo, impulsões precordiais ou de epigástrio) *Palpitação:* características do ictus (sede, extensão, impulsividade, mobilidade, ritmo), impulsão sistólica (PT, PA, FP, mesocárdio), palpação de bulhas, frêmito e atritos *Ausulta:* bulhas (nº, fonese, ritmo, estalidos, desdobramentos *Sopros:* (fase de evolução cardíaca, sede, intensidade, timbre, altura, irradiação. Manobras ins e expiratórias e decúbitos). *Artérias:* características do pulso (simetria, celebridade, amplitude); pulsos carotídeos, radiais, femorais, poplíteos, tibiais posteriores e pediosos

Abdôme

Inspeção: forma, abaulamentos e depressões, peristaltismo visível, cicatrizes *Ausulta:* ruídos hidro-aéreos *Palpação:* superficial e profunda: condições da parede, sensibilidades, características dos segmentos cólicos, dor, descompressão brusca, borborigmo e pulsações.

Fígado

Percussão: limite superior, dor à percussão

Palpação: limite inferior, características de superfície e bordas, consistência, sensibilidade, tamanho (em cm da RC e do apêndice xifóide)

Vesícula

Percussão

Palpação

Anexo 1

Baço

Percussão

Palpação (tamanho, consistência e sensibilidade)

Rins

Palpação: lojas renais e pontos ureterais

Percussão: Giordano (presente e ausente)

Períneo

Inspeção: toque retal e vaginal

Coluna e ombros

Cifose, escoliose, lordose, musculatura para-vertebral, flexão, extensão, rotação

Sistema neuro-psíquico

Exame psíquico

Consciência: consciente, sonolento, torpor, coma

Fascies, atitude

Nervos craneanos

Motricidade: marcha (sem apoio, com apoio, no calcanhar, na ponta dos pés)

Força muscular: manobra dos braços estendidos, Barré, Mingazzini

Trofismo muscular: atrofias, tonus muscular, fasciculações

Movimentos involuntários: localização, freqüência, amplitude, relação com movimentos ou emoções

Reflexos: profundos (massateriano, bicipital, estilradial, cubital, patelar, aquiliano)

Cutâneos: (abdominais, cremasterianos); patológicos (babinski)

Coordenação motora: equilíbrio, manobras

Sensibilidade: tátil, térmica, dolorosa, profunda

V - DIAGNÓSTICO E DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS MÉDICOS, SOCIAIS E PSICOLÓGICOS

VI - PLANO TERAPÊUTICO

Ações terapêuticas

Dieta; exercício físico; apoio social; visita domiciliar; trabalho multiprofissional.

Medicamentos

Anexo 1

CONSULTA: RETORNO AGENDADO

I - INVESTIGAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE E SENTIMENTOS RELACIONADOS

- a. Resumo dos problemas anteriores e como passou desde a última consulta
- b. Descrever o que foi possível (ou não) do **plano terapêutico** anterior
- c. Queixas atuais e evolução do(s) seu(s) problemas de saúde
- d. Investigar problemas de saúde e sentimentos relacionados, quando necessário
- e. Atualizar alimentação
- f. Medicações em uso

Nome (genérico)	Dosagem	Períodos do dia e quantidade		
		Manhã	Tarde	Noite

- g. ISDA
- h. Exame físico completo

II - DIAGNÓSTICO e DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

III - PLANO TERAPÊUTICO

Anexo 1

CONSULTA: RETORNO PARA REAVALIAÇÃO

I - AVALIAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

- a -Perguntar como passou da última consulta até hoje, retomando o quadro anterior e sua evolução
- b - Descrever o que foi possível (ou não) do plano anterior e porquê
- c - Investigação sucinta de novo problema (se tiver)
- d - Exame físico (fazer completo se for necessário)
- e -Anotar os resultados de exames
- f - Medicações em uso:

Nome (genérico)	Dosagem	Períodos do dia e quantidade		
		Manhã	Tarde	Noite

II - DIAGNÓSTICO e DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

III- NOVO PLANO TERAPÊUTICO

Anexo 2 – Avaliação Evolutiva do Aluno



DISCIPLINA IUSC 3º ANO
AVALIAÇÃO EVOLUTIVA DO ALUNO - TURMA A
1º e 2º SEMESTRE – 2017

ALUNO:

DATAS																				
Assiduidade (anotar F para faltas)																				
Pontualidade (anotar A para atrasos)																				
AVALIAÇÃO	1º período					2º período					3º período									
<p>1- História de vida e doença</p> <p>I- Restringe-se apenas aos sintomas.</p> <p>S- Explora os sinais e sintomas sobre o motivo da consulta e alguns aspectos da vida do sujeito.</p> <p>PS- Faz uma boa história, obtém informações claras sobre o motivo da consulta, explorando outros aspectos relacionados à queixa ou doença, busca associações entre as condições de saúde e a <u>história do sujeito</u>.</p>																				
<p>2. Definição dos problemas (hipóteses diagnósticas e problemas da vida, p.ex. desemprego)</p> <p>I - Não define.</p> <p>S- Define apenas os patológicos e alguns não orgânicos.</p> <p>PS- Define os principais problemas (<u>clínicos, psicológicos e sociais</u>).</p>																				
<p>3- Iniciativa em resolver os problemas do paciente</p> <p>I- Faz apenas orientações verbais e deixa as dúvidas por conta de profissionais da Unidade.</p> <p>S- Faz as orientações verbais e busca ajuda de profissionais da Unidade para informar o que deve ser feito.</p> <p>PS- Faz as orientações verbais e empenha-se em resolver os problemas do paciente, dialogando com os profissionais da Unidade e buscando soluções.</p>																				
<p>4- Atitudes e valores: responsabilidade, respeito, apresentação pessoal, trabalho em equipe</p> <p>I- Não mostra interesse ou respeito, não se relaciona com a equipe, apresentação pessoal inadequada.</p> <p>S- Apresenta alguma dificuldade ou falta em um dos itens de atitudes e valores relacionados.</p> <p>PS- Bom relacionamento com colegas, tutor, pacientes, interesse e empenho nas atividades propostas, respeita normas, tem adequada apresentação pessoal.</p>																				

AVALIAÇÃO	1º Período	2º Período	3º Período
<p>5- Registro do atendimento no prontuário</p> <p>I- Registra parcialmente as queixas e não organiza a chave de HD (definição dos problemas e Plano terapêutico (PT)).</p> <p>S- Registra as queixas e ISDA e finaliza com a chave de HD e PT.</p> <p>PS- Registra uma boa síntese, relatando os sintomas e problemas relacionados à queixa ou doença e finaliza com chave de Hipótese Diagnóstica e Projeto Terapêutico</p>			
<p>6- Interesse em conhecer o funcionamento da UBS/USF</p> <p>I - Não conhece o funcionamento e o papel de cada um na UBS/USF (Serviço) e não mostra interesse em conhecer.</p> <p>S- Conhece o funcionamento local do Serviço (pré e pós-consultas, principais funcionários...).</p> <p>PS- Conhece bem o Serviço e <u>busca recursos na comunidade</u> que possam auxiliar em diferentes dimensões do cuidado.</p>			
<p>7- Narrativas</p> <p>I- Registra apenas dados clínicos do caso narrado.</p> <p>S- Registra aspectos diversos na narrativa e expõe seus sentimentos / percepção sobre o paciente.</p> <p>PS- Registra aspectos diversos na narrativa e expõe seus sentimentos / percepção sobre o paciente e faz a colocação na perspectiva deste.</p>			

Legenda: I- Insuficiente (< 7,0);

S- Suficiente (7,0 a 8,0);

PS- Plenamente Satisfatório (> 8,0)

Observações do tutor

Assinatura do Supervisor

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Título do Projeto: O ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde: percepções, vivências e práticas de professores tutores e alunos de graduação médica.
- **Pesquisadora Responsável:** Daniele Cristina Godoy
Rua Azaléia, 370, apt 13V; Edifício Vila Romana, Jd. Bom Pastor
Botucatu - SP, telefone: (14) 997980009.
E-mail: dani.god@uol.com.br
- **Orientador:** Antonio Pithon Cyrino
Rua Reverendo Francisco Lotufo, 695; Botucatu-SP, Telefone: 38823864
E-mail: acyrino@fmb.unesp.br
- A pesquisa pretende reconhecer as percepções e vivências de alunos e professores-tutores em relação à prática da Clínica Ampliada na disciplina IUSC III. Para isso a pesquisadora acompanhará alunos em atividade prática na disciplina IUSC III. E você poderá ser convidado (a) em diferentes momentos, a conversar e refletir individualmente ou em grupos, sobre o processo de ensino-aprendizagem e a prática na disciplina IUSC III. Podendo também ser convidado a participar de uma entrevista semiestruturada, elaborada pela pesquisadora, a qual será gravada e posteriormente transcrita,

e a gravação será destruída após o término do estudo;

- Não há risco ou qualquer prejuízo aos que participam da pesquisa e será garantido o sigilo das informações prestadas. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo.
 - Com esta pesquisa pretende-se contribuir não só com a reflexão e possível aprimoramento da disciplina IUSC III, mas também com um debate mais amplo quanto aos desafios da formação médica no século XXI.
- I. Declaro estar ciente sobre os objetivos do estudo sob responsabilidade da pesquisadora Daniele Cristina Godoy. Estou ciente de que as informações que fornecerei serão utilizadas para este estudo, sendo preservada a minha identificação pessoal.
 - II. Declaro concordar em participar deste estudo e que estou ciente que a pesquisadora Daniele estará disponível para responder a quaisquer perguntas e de que posso retirar este meu consentimento a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo. Caso tenha algum problema ou dúvida relacionada a este estudo, estou ciente de que poderei entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa, através do telefone: 3880-1608/3880-1609.

Botucatu, _____ de _____ de 2015.

Sujeito da pesquisa: (Nome) _____

Assinatura _____

Pesquisadora responsável: Daniele Cristina Godoy

(Assinatura) _____