

NESTOR LUIZ BRUZZI BEZERRA PARAGUAY

**A CLÍNICA E O ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

CAMPINAS  
2011

NESTOR LUIZ BRUZZI BEZERRA PARAGUAY

## **A CLÍNICA E O ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação de Mestrado apresentada a Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva área de concentração Planejamento e Gestão.

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner Souza Campos

CAMPINAS  
2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª /6652

P212c	Paraguay, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra. A clínica e o ensino na atenção primária / Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay. -- Campinas, SP: [s.n], 2011.
	Orientador: Gastão Wagner Souza Campos Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
	1. Metodologia de ensino. 2. Clínica. 3. Atenção primária a saúde. 4. Paradigma. I. Campos, Gastão Wagner Souza. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês: The clinical and teaching in primary care**

**Keywords:** Teaching methodology  
Clinic  
Primary health care  
Paradigm

**Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva.**

**Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde**

**Banca Examinadora**

**Prof. Dr. Gastão Wagner Souza Campos**  
**Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha**  
**Prof. Dr. Márcia Aparecida Ferreira Oliveira**

**Data da defesa: 25-02-2011.**

---

## Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

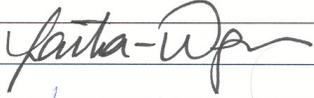
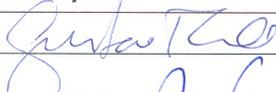
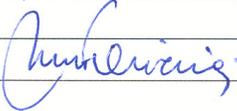
---

Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay

---

**Orientador(a):** Gastão Wagner de Sousa Campos

---

<b>Membros:</b>	
Professor (a) Doutor (a) Gastão Wagner de Sousa Campos	
Professor (a) Doutor (a) Gustavo Tenório Cunha	
Professor (a) Doutor (a) Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data:** 25/02/2011

---

# DEDICATÓRIA

---

À meus pais, José Bezerra Paraguay e Semiramis Bruzzi Bezerra Paraguay in memoriam;

**AOS** alunos de Medicina e futuros Médicos, em especial aos alunos que participaram nas entrevistas desta pesquisa e dos projetos terapêuticos;

**AOS** colegas do curso de medicina, cuja amizade atravessa os tempos: Ivan, Pimentel, Chico, Judson, Paulo;

**AOS** filhos de colegas e irmãos que também optaram pela profissão médica: Isabela, Mariana, Laura, Danilo, Fernanda, Alexandre e Bruna;

**AOS** irmãos: Ana Izabel, José Maurício, Luiza Angélica, Pedro Sérgio e Beatriz Helena e cônjuges Ronaldo, Ana Lucia, Cinthia, Geraldo;

**AOS** colegas que reinventam a arte de cuidar e ensinar: Gastão, Márcia, Mariana, Carlos, Gustavo e Sergio;

À Flávia companheira, ao Rodrigo e Patrícia, meus melhores “projetos de vida”;

**AO** Roberto, coach e parceiro;

**A** Quita, Eduardo, Carla.

# AGRADECIMENTOS

---

**Ao** Gastão e colegas, pelos momentos de companheirismo na tese e neste sub-módulo;

**Ao** Carlos Correa e Carlos Gama, pelas contribuições e discussões;

**A** Dulce e Alice pela colaboração e revisão desta tese;

**Aos** profissionais do Centro de Saúde São Marcos: Valéria, Inês, Ana Carolina, Eunice, Erica e Isabel pela colaboração nesta pesquisa;

**Ao** CETES, Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal Campinas pela colaboração nesta pesquisa.

# RESUMO

---

Esta pesquisa tem como cerne principal de reflexão a disciplina MD-945, sub-módulo de Planejamento e Gestão. Neste sub-módulo as equipes dos centros de saúde da atenção primária, escolhem um caso clínico no qual estejam sentindo dificuldade na coordenação clínica, adesão do paciente ao tratamento e/ou investigação diagnóstica. Estes pacientes apresentam em geral um alto grau de complexidade no seu processo saúde-doença, implicando assim numa abordagem e planejamento terapêutico singular e holístico, abordando as esferas do biopsicosocial e conseqüentemente mobilizando uma coordenação clínica multiprofissional e intersetorial. Nesta metodologia de ensino, os alunos e docentes constroem um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e discutem com a equipe de referência as metas de curto, médio e longo prazo, a coordenação clínica e as responsabilidades. A pesquisa é qualitativa, com uso da metodologia de estudo de casos e entrevistas semi-estruturadas a fim conhecer os significados e percepções na construção do PTS para os alunos, usuários e profissionais de referência. O corpo do material de análise é constituído pelos PTS, entrevistas dos alunos, usuários e profissionais de referência e os documentos relacionados às diretrizes pedagógicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Nestas entrevistas pesquisamos com os alunos: - o aprendizado e a percepção pessoal na construção do PTS e os componentes pedagógicos desta disciplina em relação ao contexto de ensino da FCM. O paradigma clínico deste sub-módulo em relação aos modelos de assistência praticados no âmbito da graduação da FCM. Nas entrevistas com os usuários, após o PTS encontramos uma reaproximação com o Centro de Saúde e os demais níveis de saúde, a promoção de uma rede social de apoio e uma coordenação clínica mais integrada. Nas entrevistas com os alunos, constatou-se que o PTS foi construído dialogicamente integrando teoria e prática e com um planejamento terapêutico holístico integrando as esferas do bio-psico-social. Estes aspectos, a percepção dos alunos é que no curso de graduação o paradigma clínico predominante é o biomédico, onde a prática médica tenta se aproximar do modelo de ciência no qual o cientista é imparcial, focando o objeto de estudo na doença e causando assim a dessubjetivação do doente. Estes paradigmas, clínico e pedagógico, apresentam interdependência e características comuns que são a ausência de espaços para a subjetividade dos pacientes e dos alunos. Esta dicotomia entre o saber e o sentir, entre o saber estruturado e a subjetividade, entre o saber científico e o domínio dos afetos é fundada na modernidade como uma garantia para a prática científica e encontra na medicina um modelo característico desta cultura ocidental. Esta pesquisa aponta para o uso de metodologias problematizadoras centradas no aluno e no seu processo de aprender a aprender, que integrem teoria e prática e que possibilitem espaços de reflexão e aprendizado sobre a relação médico - paciente. Considera importante no planejamento terapêutico uma abordagem do contexto social, psíquico, familiar e biológico e a construção da autonomia do usuário.

**Palavras-Chave:** Metodologia de ensino; Clínica; Atenção a saúde primária; Paradigma.

# ABSTRACT

---

This research's core is the MD-945 subject, sub module of planning and management. On this sub module the primary care health center choose a clinical case, which they are having some difficulties on clinical coordination, patient adherence to the treatment and/or diagnostic investigation. In general, those patients present an high level of complexity on their health-disease process, what implies in a student/ teacher therapeutic, singular and holistic planning and approach, which include biopsicosocial sphere and consequently one multiprofessional and intersectorial clinical coordination. Furthermore, the students and teachers built an Singular Therapeutic Project (PTS), discuss the short, mid and long term clinical coordination and responsibilities and with the reference group. In addition to that, this research is qualitative that uses the case study methodology and semi-structured interviews in order to know the meanings and perceptions on the PTS construction to the patients, reference professional groups and students. The analysis material consists on: PTS; student's, reference group's and patient's interviews; documents related to the pedagogical guidelines from FCM and MEC. On the students interviews it was researched that: - the learning and personal perception on the PTS construction and the pedagogical components of this discipline in relation to the FCM teaching context;- the clinical paradigm on this submodule in relation to the practiced assistance model at the FCM graduation. After the PTS, on the patients interviews we could find a reapproximation of them with the primary care health center and other health system levels, besides that there was a promotion of an support social network and a more consolidated clinical coordination. On the students interviews, it was observed that the PTS was dialogical built which fused the practice with the theory, and united the bio-psico-social sphere in a holistic therapeutic planning. Moreover, on those aspects the student perception is that in the graduation course of study the main clinical paradigm is the biological one, where the medical practice tries to approach the science model on which the scientist is impartial, and he focuses the study object on the disease, and that causes the lack of subjectivity of the patient. Those paradigmas, clinical and pedagogical, present interdependence and common characteristics that are: absence of the patient's and student's subjectivity. These division between the know and feel, the structured knowledge and subjectivity, the scientific perception and the affection domain is founded on the modernity with a guarantee to the scientific practice and encounter on medicine a peculiar model based on the occidental culture. On top of that, this research points out to the use of problematized methodology centered on the student and his process of learning to learn, which integrates the theory and the practice, and that creates reflexion and learning spaces about the medical-patient relationship. It is important to consider the social, psicosocial, familiar and biological aspects and the patient's autonomy construction on the therapeutic planning.

**Key-Words:** Teaching methodology; Clinic; Primary health care; Paradigm.

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

<b>ABEM</b>	Associação Brasileira de Educação Médica
<b>BPC</b>	Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
<b>CAEM</b>	Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
<b>CAISM</b>	Centro de Atenção Integral Saúde Mulher
<b>CEASA</b>	Central de Abastecimento da Secretaria de Agricultura
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CINAEM</b>	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
<b>CNE</b>	Conselho Nacional de Educação
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DCNCM</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
<b>DCNs</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>FM</b>	Faculdade de Medicina
<b>GRAPAL</b>	Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da FMUSP
<b>HC</b>	Hospital das Clínicas
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
	Integração Docente Assistencial

<b>ISA</b>	Instituto de Solidariedade Alimentar
<b>MEC</b>	Ministério da Educação e Cultura
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OAB</b>	Ordem dos advogados do Brasil
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saude
<b>Pro-Saude</b>	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>SINAES</b>	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
<b>SMSC</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCL</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>Unesco</b>	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

# SUMÁRIO

---

<b>RESUMO</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xiii
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	23
<b>OBJETIVOS</b> .....	25
Objetivo Geral .....	25
Objetivo Específico .....	25
<b>MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL</b> .....	27
<b>CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO</b> .....	29
Cenário da Faculdade de Ciências Médicas .....	35
Tipologia das Escolas .....	35
Enfoque Teórico .....	35
Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica e Estrutura Curricular .....	36
Cenários de Prática .....	37
Capacitação Docente .....	37
Mercado de Trabalho .....	37
Cenário da Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas .....	38
Integração Docente Assistencial .....	39
<b>METODOLOGIA</b> .....	41
Material e Método .....	41
Casos Estudados .....	44
Caso I: “Fabricia” .....	44
Caso II: “Jane” .....	63
Caso III: “Marinho” .....	70

<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>83</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>85</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE A - Roteiro e Questionário das entrevistas .....	95
APÊNDICE B - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido ....	99
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A – Projeto Terapêutico Singular: “Fabricia” .....	101

# INTRODUÇÃO

---

Esta pesquisa tem como cerne principal de reflexão a disciplina MD-945 Saúde Coletiva: submódulo de Planejamento e Gestão.

Este módulo está inserido no internato do quinto ano do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) com uma carga horária de trinta e seis horas, sendo dezoito horas por semana, com duração de duas semanas e tem como cenário de aprendizagem três unidades básicas da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMSC). Cada turma tem de quatro a cinco alunos, trabalha-se, portanto, com ensino e a prática em pequenos grupos.

O objetivo principal deste módulo é capacitar os alunos do curso de Medicina a utilizarem conceitos e metodologias da gestão e do planejamento na prática clínica. Busca-se uma aproximação entre clínica e gestão, entre o processo saúde-doença e a dinâmica institucional. Esta abordagem é centrada na prática e na experiência concreta dos alunos com a condução de casos clínicos considerados complexos e de difícil manejo pelas equipes da saúde da família da rede básica de Campinas.

O conceito de co-gestão é considerado estruturante para a formação, já que a condução do caso deveria ser realizada de modo participativo, compartilhado entre alunos, docentes, equipes de saúde da família e usuário.

Recorre-se também a tradição do planejamento adaptada para a condução de casos clínicos, no caso, mediante a metodologia de construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o caso em questão, sendo que a abordagem teórica destes métodos e conceitos ocorre durante o processo da prática. Trabalha-se com a noção de sistema de saúde e de rede social, ainda quando o caso se referencie a um indivíduo nestas duas coletividades.

As equipes dos Centros de Saúde (CS) escolhem um caso clínico em que esteja sentindo dificuldade na coordenação clínica, adesão do paciente ao tratamento e/ou investigação diagnóstica.

Estes pacientes apresentam, em geral, alto grau de complexidade no seu processo saúde-doença, implicando assim numa abordagem e planejamento terapêutico holístico, abordando as esferas biopsicossocial e conseqüentemente mobilizando uma abordagem clínica multiprofissional e intersetorial.

Frente este cenário da vida real, após a encomenda da equipe de referência, os alunos são desafiados a revisitar todas as informações coletadas no CS e nos diversos serviços relacionados com a assistência deste usuário/paciente.

Em seguida, os alunos realizam visita domiciliar, acompanhados de algum membro da equipe, em geral médico, enfermeiro ou agente comunitário e do docente responsável pela disciplina do Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Após a análise do percurso do atendimento do paciente e das práticas clínicas empregadas, os alunos em cogestão com os docentes e com a equipe, discutem, problematizam e mobilizam os recursos necessários e disponíveis para a elaboração de um PTS.

Nesta metodologia de ensino, os alunos e docentes reconstroem o saber/fazer da saúde levando em consideração os conceitos de coordenação clínica, equipe de referência, apoio matricial, abordagem holística interprofissional e interdisciplinar, abordagem biopsicossocial, promoção de autonomia/saúde e clínica ampliada.

Os docentes problematizam com os alunos o olhar assistencial, em geral dirigido centralmente para a doença, para a impotência, ou seja, somente para as perdas de funções, para as normatizações dos protocolos e prescrições autoritárias de mudanças de hábitos; ressaltando também a necessidade de dirigir o olhar e o planejamento terapêutico para a potencialidade, elementos “sadios” dos usuários, a autonomia do indivíduo e para as áreas de interesse e prazer.

Docentes, equipe de referência e alunos analisam o conjunto de práticas profissionais, os processos de trabalho dos diversos profissionais envolvidos no cuidado e em qual medida estes arranjos de serviços e práticas estão relacionados aos resultados e evolução clínica do paciente.

Neste contexto, a interação do aluno com o mundo real, através de abordagens das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde e doença, produz novas sínteses, num

processo de equilíbrio/desequilíbrio, que tem como premissa a integração da teoria com a prática (1, 2).

Neste processo pedagógico, o aluno dialoga com as equipes de saúde analisando os problemas, o contexto familiar e social, as práticas das equipes e arranjos dos serviços; constrói um PTS em cogestão com a equipe de referência (3).

Na construção do PTS são definidas as metas de curto, médio e longo prazo, é discutido o papel da coordenação clínica, as responsabilidades da equipe e a dos demais serviços.

Esta metodologia, baseada no trabalho com casos da vida real, procura capacitar o aluno para realizar análise e diagnósticos dos casos a partir de uma perspectiva ampliada e objetiva também preparar o aluno para o trabalho em equipe e em rede.

A abordagem destes casos é estruturada no PTS, uma metodologia que recupera e resgata a tradição médica de discussão de casos clínicos no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) e das equipes de referência da atenção básica, mas que a modifica ao introduzir os planos da subjetividade e do social, valorizando a participação do próprio usuário, dos familiares e da rede social neste processo (4).

Em tempos atuais, em que se buscam elementos para se repensar o saber e as práticas em saúde, esta proposta pedagógica vai ao encontro da necessidade de transformar a educação médica e os serviços em saúde; assim como simultaneamente, propiciar novos significados e aprendizados aos alunos, equipes de saúde e usuários.

# JUSTIFICATIVA

---

Esta pesquisa nasce da necessidade de realizar uma reflexão sistemática sobre os modos de combinarmos as necessidades pedagógicas dos alunos do quinto ano de Medicina, com uma reflexão crítica sobre a gestão e atenção em saúde, além de buscar ao mesmo tempo, contribuir para a educação continuada dos profissionais de saúde, promovendo ainda a coordenação clínica e o cuidado da saúde aos usuários.

Ao analisarmos este estagio do quinto ano de Medicina e os PTS (desenvolvidos pelos alunos, investigaremos os limites e potencialidades deste dispositivo pedagógico na produção de conhecimento teórico e pratico, bem como os efeitos sobre o processo de atenção à saúde dos usuários e efeitos sobre os profissionais de saúde.

Em relação aos profissionais de referência pesquisaremos se a construção e participação no PTS possibilitaram-lhes alguma reflexão sobre as suas práticas e processos de trabalho, sobre o processo saúde-doença-intervenção, se ampliaram o olhar para além do diagnóstico biomédico e se o planejamento terapêutico incorporou novas abordagens biopsicossociais.

Em relação aos alunos, pesquisaremos se a participação no estagio e a elaboração do PTS, proporcionaram novos ganhos pedagógicos (aprender a aprender), novas possibilidades e abordagens terapêuticas.

Em relação aos pacientes, pesquisaremos se o PTS ampliou a autonomia, aumentou adesão à nova abordagem e se houve promoção de saúde.

# OBJETIVOS

---

## OBJETIVO GERAL

Analisar junto aos alunos, profissionais de referência e usuários os significados, utilidades e aspectos simbólicos relacionados à participação dos alunos do quinto ano de Medicina da FCM da UNICAMP na disciplina de Planejamento e Gestão.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a construção de um PTS para pacientes na atenção básica como instrumento pedagógico de atenção em saúde;
- Analisar a percepção dos profissionais das equipes de referência quanto a mudanças nas suas práticas profissionais relacionadas à sua participação no estágio do 5º ano e à elaboração do PTS para o caso do paciente;
- Analisar a percepção dos usuários quanto a mudanças no seu processo saúde-doença e na relação com a equipe de referência do CS após a intervenção do estágio do 5º ano de Medicina;
- Analisar a percepção dos alunos quanto a sua participação no estágio do 5º ano e quanto ao significado pedagógico de seu envolvimento na realização de um PTS e na sua formação acadêmica.

# MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

---

Esta disciplina do quinto ano do curso de da FCM da UNICAMP tem como um dos seus referencias teóricos o método da problematização de Charlez-Margueres apud por Bordenave (5), que a partir de cenários reais, levanta problemas, hipóteses e soluções e apresenta como característica, a indissociabilidade da teoria e da prática.

O método do PTS combina esta perspectiva com a do planejamento participativo e com a da Saúde Coletiva que ao longo dos últimos trinta anos, vem construindo instrumentos analíticos e operacionais que permitam uma abordagem clínica e preventiva que englobe as varias dimensões do sujeito, biológica, social e da subjetividade (6,7).

“Essas preocupações teóricas ou de procedimentos foram condições necessárias, porém não suficientes para explicar a enorme repercussão que o campo das ciências sociais teve na saúde coletiva” (7).

A construção do PTS estimula os estudantes a discutir os casos de uma forma ampliada e problematizando-os, a fim de buscar novas sínteses e propostas que atravessem estes três campos de saber. Este processo objetiva o desenvolvimento de diversas habilidades entre os alunos e profissionais participantes, que são desenvolvidas ao se processar os problemas de um modo reflexivo.

O PTS é elaborado através de visitas domiciliares e na busca de informações e dos recursos existentes nos serviços de saúde e na universidade, com isto objetiva-se uma contextualização das construções conceituais (1) e “recriar os caminhos com que nós enxergamos a nós próprios, nossa educação e nossa sociedade” (8).

O método para a construção do PTS tem uma das suas vertentes na obra de Basaglia (9), a relativização da doença e a busca do ser humano, com toda a sua subjetividade, singularidade e complexidade; critica ainda a relação médica tradicional em que o curado é objeto (cindido de sua subjetividade) e não sujeito de sua cura (10).

Foucault (11) comenta em seu livro *O nascimento da clínica*, como o acesso ao corpo e a objetivação da doença e a reificação desta em seu lócus anatômico, expulsou a subjetividade e marcaram a Medicina como ciência e empreendimento racional e por fim modelou a percepção do médico ao paradigma da teoria das doenças (12).

No entendimento de Canguilhem (13) a racionalidade médica era marcada por sua definição de Medicina como sendo uma atividade clínica e terapêutica, uma atividade técnica ou “uma arte situada na confluência de varias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita [...] de instauração e restauração do normal, que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento” (13).

Neste contexto os paradigmas clínicos e epidemiológicos guardam estreita correlação com a capacidade resolutiva dos problemas de saúde, com o referencial e a interpretação do binômio saúde doença e emitem sinais de impasses e crises nas dimensões política, pedagógica e social.

Com a intenção de lidar com estes impasses, Campos (14) propõe ampliar o conceito da clínica no sentido de abranger a complexidade e singularidade do paciente e de cada caso, trabalhando na articulação dos campos do biológico, pedagógico e social.

Campos (3) sugeriu que fosse considerado, durante a construção do PTS, os interesses, desejos e relações subjetivas entre os diversos atores usuários, alunos e docentes; religando estes a novos espaços, cenários e práticas organizacionais da saúde.

# CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

---

Histórico das Faculdades de Medicina criadas no Brasil e da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas:

## **1808**

**Fevereiro:** foi criado o primeiro curso de Medicina em Salvador, após a chegada da família real portuguesa ao Brasil.

**Março:** Escola de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro, este curso de Medicina formava cirurgiões, tinha duração de quatro anos e a frequência era obrigatória.

## **1812-1815**

Essas duas escolas passaram a ser chamadas de Academias Médico-Cirúrgicas, com ampliação do curso para cinco anos.

## **1826**

D. Pedro confere autonomia destas escolas para diplomar os seus alunos.

## **1832**

Estas duas instituições são transformadas em Faculdades de Medicina, adotando as regras e funcionamento da Escola Médica de Paris, ampliação de cinco para quatorze disciplinas, presença obrigatória, e os alunos recebiam o título de “Doutor em Medicina, Farmacêutico e Parteiro”, todo o material didático era importado da escola francesa.

## **1854**

Criada a “Congregação de Lentes” professores catedráticos e um diretor para compor a direção das escolas, esta reforma manteve a duração do curso em seis anos e criou laboratórios de ensino.

### **1879**

Foi permitida a matrícula de mulheres nos cursos de Medicina

### **1898**

É criada a terceira Faculdade de Medicina e Farmácia em Porto Alegre, o modelo pedagógico nesta época era influenciado pelo academicismo francês e a pesquisa pela escola alemã.

### **1908**

Relatório Flexner, Abraham: educador norte americano, que após visita e pesquisa em 155 faculdades de Medicina na Europa, Canadá e Estados Unidos, concluiu que apenas trinta e uma escolas tinham condições de formar médicos. Elaborou um relatório que inicialmente foi adotado nos Estados Unidos e influenciou de forma significativa o ensino médico no Brasil no século XX e XXI. Neste modelo, foi concebido o hospital ligado às universidades e a dedicação exclusiva e integral de docentes na pesquisa e ensino. O aluno passaria por um ciclo de dois anos (básico) com aulas em laboratórios visando um conhecimento biológico, neste período os alunos teriam que se preparar do ponto de vista teórico para a prática (marcando a dissociabilidade da teoria e prática), um segundo ciclo quando os alunos teriam contato e aprendizado com a clínica e um terceiro ciclo, o internato, aonde os alunos teriam um treinamento sob supervisão de docentes, com foco no binômio doença-lesão orgânica (modelo unicausal biologicista) e não considerava os aspectos sociais, psicológicos e sociais.

Neste modelo, o ensino era predominantemente centrado no hospital e no conhecimento das doenças, não contemplava o atendimento ambulatorial e nem tampouco o caráter e a inserção social das faculdades de Medicina.

### **1963**

Em 20 de maio de 1963 foi proferida a aula inaugural do 1º ano da Faculdade de Medicina de Campinas, numa sala improvisada no inacabado edifício da Maternidade de Campinas, que cedeu à Faculdade seus três primeiros andares. Posteriormente o treinamento clínico e cirúrgico dos alunos foi realizado nas enfermarias e instalações da Santa Casa de Campinas onde, por meio de um convênio com a Irmandade de Misericórdia, passaram a funcionar os recém-criados departamentos e disciplinas da Faculdade.

### **1967**

Sob coordenação do reitor nomeado Zeferino Vaz, inaugura-se a Universidade Estadual de Campinas, reunindo vários Institutos, e outras Faculdades, entre elas a já criada Faculdade de Ciências Médicas.

O objetivo do curso de Medicina é formar profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes para o exercício da Medicina numa postura ética, numa visão humanística, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

### **1968**

A Reforma Universitária no Brasil:

Nesta reforma, as escolas médicas passam a adotar o modelo americano, as cátedras são substituídas por departamentos contendo disciplinas e o ensino é dividido em dois ciclos: o básico e o profissionalizante.

### **1980**

Programas de Integração Docente Assistencial (IDA) da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que recomendavam a articulação das escolas superiores com a rede de serviços de saúde.

### **1991**

Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM): projeto que surgiu como uma crítica ao movimento de instituir um exame ao final do curso, nos moldes da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), definiu um projeto de avaliação do ensino médico, com a participação de 11 entidades nacionais que visava transformar o ensino médico e analisar as escolas médicas a partir da estrutura física, corpo docente, projeto pedagógico e estudantes durante toda a formação acadêmica.

### **1993**

II Conferência Mundial de Educação Médica, que definiu algumas diretrizes:

- a) interdisciplinaridade entre áreas do saber, envolvendo as denominadas "ciências básicas", o campo das disciplinas clínicas e cirúrgicas, do adulto e da criança, as ciências sociais e do comportamento, as disciplinas da saúde coletiva e a bioética. São estimuladas as experiências modulares que superem a tradicional ordenação de disciplinas em compartimentos estanques;
- b) envolvimento dos alunos em práticas de saúde desde o início e ao longo de todo o curso, participando em ações de promoção da saúde, em uma área territorial definida onde se prestam cuidados integrais de saúde, com o acompanhamento de famílias adscritas;

- c) parceria entre universidade, serviços de saúde e organizações comunitárias para somar as forças favoráveis às mudanças, potencializar recursos e realizar movimentos estratégicos capazes de superar as oposições acadêmicas, defensoras do status quo na educação médica;
- d) desenvolvimento do estudo baseado na problematização, estimulando-se o aluno a aprender a aprender a partir de atividades que incentivem o estudo individual e em grupos, o ensino tutorial, centrado no aluno, o manejo de bancos de dados, o acesso a fontes bibliográficas e aos recursos de informática;
- e) compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde e com a promoção, prevenção e recuperação da saúde, no sentido da busca da universalização, da equidade, da continuidade e dos resultados favoráveis dos cuidados de saúde no âmbito das famílias, dos diversos grupos sociais e da sociedade.

### **1999**

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) aponta os quatro pilares da educação do século XXI:

Aprender a conhecer;

Aprender a fazer;

Aprender a viver em conjunto;

Aprender a Ser.

### **2001/Outubro**

O Ministério de Educação e Cultura (MEC) homologa a Resolução nº 4 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação de Medicina (DCNCM)

homologada pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), as quais definem o perfil, habilidades e competências do médico ao final da graduação. (ANEXO E).

#### **2004**

O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) criado pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, é formado por três componentes principais: a avaliação das instituições, dos cursos e o desempenho dos estudantes. O SINAES avalia todos os aspectos relacionados a esses três eixos e que são: o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos alunos, a gestão da instituição, o corpo docente, as instalações e vários outros aspectos.

#### **2006**

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde): Neste encontro, foi proposto o modelo de formação profissional em Saúde, que deve ser em uma instituição de ensino superior integrada aos serviços do SUS e que dê respostas concretas às necessidades da população brasileira no que tange ao perfil do pessoal para a área, a produção de conhecimento e prestação de serviços, de modo articulado e coerente.

O primeiro momento do Projeto “Avaliação da Tendência de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras”, aprovado em março de 2006, teve a participação de 33 escolas médicas das quais dez fazem parte do Pró-Saúde.

Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) visa avaliar as mudanças ocorridas, de acordo com as diretrizes curriculares do MEC, nos cursos de graduação da área de saúde.

## **Cenário da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**

Lampert (15) definiu algumas tipologias que poderiam classificar as faculdades de Medicina em Escola Tradicional, Intermediária e Avançada tomando como critério a Diretriz Curricular dos Cursos de Graduação de Medicina e os seguintes eixos: abordagem pedagógica, projeto pedagógico, cenários de prática, desenvolvimento docente e mundo do trabalho.

Segundo Lampert (15), o estudo destes eixos de análise dos processos de mudanças das instituições de ensino médico revelam em qual medida a formação dos médicos se aproximaria do paradigma Flexneriano ou do paradigma da integralidade, e em qual medida estes cursos atendem as recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina.

### **Tipologias das Escolas**

Situação da escola **tradicional** do modelo flexneriano: estas escolas têm o seu currículo estruturado predominantemente em ciclo básico desarticulado do ensino profissionalizante sendo que a maioria das disciplinas é administrada de forma fragmentada e o currículo não é integrado, apresentando poucas disciplinas integradoras do conhecimento.

Situação **inovação/intermediária** em relação à tendência tradicional ou avançada.

Na situação da escola **avançada** o currículo é integrado, existem disciplinas integradoras do conhecimento, existe uma conexão entre teoria e prática em uma perspectiva interdisciplinar.

### **Enfoque teórico**

Na **escola tradicional** o curso é orientado para os aspectos biomédico, diagnóstico e tratamento e recuperação do doente.

Na **escola intermediária** o curso busca criar oportunidades de aprendizagem tendo em vista um equilíbrio entre o biológico e o social seguindo orientação da prevenção primária, secundária e terciária relacionadas ao paradigma de Leavell e Clark (16) e ao seu modelo da história natural da doença.

Na **escola com perfil mais avançado** se enfatiza a importância dos fatores determinantes da saúde, incluindo as necessidades de atenção básica, com forte interação com os serviços de saúde e articulando os aspectos de promoção, prevenção e cura.

### **Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica e Estrutura Curricular**

A **escola tradicional** tem ciclos básicos e profissionalizantes bem separados e organizados em disciplinas fragmentadas, algumas escolas em transição tradicional/avançada têm disciplinas e atividades integradoras ao longo dos primeiros anos, mas mantêm a organização em ciclo básico e profissionalizante em disciplinas fragmentadas. Nestas **escolas tradicionais**, ocorre um predomínio das aulas teórico-expositivas voltadas para um grande número de alunos com ênfase na transmissão de informações e no caráter somativo dos alunos, e as avaliações são realizadas predominantemente através de provas escritas.

Nas **escolas mais avançadas** o currículo em grande parte é integrado, com áreas de prática real em módulos, tem uma estrutura de apoio institucionalizado e um núcleo permanente de apoio didático pedagógico que permite o desenvolvimento da capacitação docente no cotidiano das tarefas didático-pedagógicas.

Nesta tipologia de escola avançada, o ensino é praticado no modo tutorial com pequenos grupos e em cenários reais, enfatizando a resolução dos problemas numa abordagem interdisciplinar e multidisciplinar com metodologias ativas e problematizadoras; que colocam o aluno como sujeito do aprendizado, ensinando o aluno aprender a aprender.

## **Cenários de Prática**

Na **escola tradicional** ocorre um predomínio da vivência e do aprendizado no hospital, com predomínio do aprendizado nas especialidades, na **escola avançada** utiliza os níveis de atenção primária, secundária e terciária com grau crescente de complexidade tecnológica.

## **Capacitação Docente**

Nas escolas de caráter mais **tradicional** não exigem formação pedagógica dos docentes, sendo valorizada apenas a atualização técnico-científica. Nas escolas avançadas existe um núcleo de educação permanente, com relevância no desenvolvimento docente e na sua formação pedagógica.

## **Mercado de Trabalho**

Na **escola tradicional** a elaboração do currículo das escolas médicas não contempla a análise das necessidades básicas da população, e em relação ao mercado apresenta uma concepção que leva em consideração as tecnologias de ponta e atualização técnico-científica.

Na **escola avançada** discutem-se as políticas públicas em saúde e o mercado de trabalho e ajuda o aluno a construir o seu conhecimento, integrado na realidade social em que vive.

Considerando evidências documentais (Diretrizes Curriculares FCM 2001, 2007) e a observação do processo de formação dos médicos, podemos classificar a FCM como sendo um a escola médica com características predominantemente intermediárias.

A reforma curricular da FCM, iniciada em 2001, tem um enfoque teórico que considera os aspectos biológicos e sociais do processo saúde doença, sendo que neste período ocorreu uma expansão da carga horária dos módulos relacionados a saúde pública, ciências sociais e saúde, epidemiologia, Medicina comunitária, política e gestão em saúde.

A abordagem pedagógica também é intermediária, já que a integração entre o ciclo básico e clínico é precária, ocorrendo um grande número de aulas expositivo teóricas; contando com um pequeno número de disciplinas que utilizam em caráter tutorial as metodologias problematizadoras e/ou ativas centradas no aluno; mas ocorreram avanços no grau de integração entre o ensino básico, clínico e internato com a utilização de formas de aprendizado em laboratório de práticas e serviços de saúde na comunidade.

Em relação aos cenários de prática a FCM avançou bastante, existe prática na atenção básica do primeiro ao quinto ano e é valorizada a integração do aluno em centros especializados, hospital geral e HC (terciário), embora a reprodução do modelo biomédico ocorra em um número considerável destes espaços.

Quanto à capacitação docente, observa-se um estágio intermediário: a Comissão de Graduação realiza apoio pedagógico aos docentes e alunos, com a realização de seminários, avaliações periódicas, provas práticas; mas não existe educação permanente do corpo docente.

Quanto ao mercado profissional, observa-se que há discussão das políticas públicas, do SUS e o contexto do mercado profissional concreto.

### **Cenário da Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**

O CS São Marcos encontra-se situado na região norte e abrange uma área de cobertura de aproximadamente de 30.000 pessoas. Na composição de sua equipe médica conta com profissionais de diversas áreas e especialidades: pediatria, ginecologia, psiquiatria e clínica geral. Conta ainda com uma equipe multiprofissional composta por psicóloga, terapeuta ocupacional, e agentes comunitários.

## **Integração Docente Assistencial**

Ao propor a integração docente assistencial Campos (17); aponta para uma atuação alicerçada na pesquisa ação/intervenção, termo que ficou conhecido pelo psicólogo alemão Kurt Lewin (1890-1947) e Thiollent (18) que tem como pressupostos a investigação social com base empírica e a pesquisa participativa.

Visa à contribuição teórico-prática dos pesquisadores, a constituição de espaços organizacionais propícios para as mudanças organizacionais e a promoção do desenvolvimento comunitário nas diversas áreas do ensino e saúde.

Com base no Método de Apoio Paidéia, Campos (17) faz uma releitura dos antigos empiristas gregos que propunham ciclos de pesquisa, reflexão e ação. Através deste método e com categorias oriundas do campo da saúde, Campos (3, 17) propõe um espaço regular para apoiar os profissionais na análise de suas práticas e na incorporação de saberes que os auxiliem no manejo da subjetividade e dos modos de vida, de forma a aprimorar as práticas clínica e de promoção à saúde na Atenção Básica.

Segundo Campos (3), o método Paidéia é um arranjo que visa inserir um agente que é externo ao Espaço Coletivo – o apoiador – mas que se implica com esse grupo, tanto com a constituição do Espaço Coletivo, como com a produção realizada pelo grupo. O apoiador, por sua vez, não deixa de considerar as diretrizes institucionais e clínicas, os processos de trabalho e resultados da atividade prática. Porém, ao invés de impor essas questões autoritariamente, coloca-as em debate com o grupo. Nesse sentido, Campos (3), verifica que o apoio tem dois papéis: de empurrar o grupo para atingir seus objetivos, ao mesmo tempo em que oferece suporte à constituição do Espaço Coletivo Democrático. Campos (3) ainda distingue o apoio à gestão do apoio ao trabalho clínico ou de saúde coletiva, sendo o primeiro denominado de apoio institucional e o segundo de apoio matricial.

# METODOLOGIA

---

## MATERIAL E MÉTODO

A abordagem metodológica utilizada foi o “Estudo de Caso”, uma categoria de pesquisa em que o objetivo é uma unidade que se analisa com profundidade.

Segundo Yin (19), na metodologia de estudo de caso investigamos um fenômeno atual dentro do seu contexto vida–real, onde as fronteiras e limites do fenômeno e seu contexto não são bem definidas, damos ênfase nas questões relacionadas a descrição das situações e ao entendimento do relacionamento dos fatores de cada situação, tentamos esclarecer as questões explicativas relacionadas ao COMO? e ao POR QUÊ?

Segundo Camponar (20) a metodologia de estudo de caso é uma pesquisa social empírica que compreende o levantamento, a observação e experimentos com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre opiniões, crenças, atitudes e percepções dos indivíduos.

Segundo Minayo (21), o estudo de caso utiliza estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão.

É útil quando se quer focalizar um fenômeno que se busca conhecer com profundidade com base em múltiplas fontes de conhecimento como análise de documentos, entrevistas, observações participante e não participante uso de banco de dados e outros.

Assim, este estudo tem como unidade de análise o estágio de uma determinada turma de alunos do 5º ano. Este estágio compreende a atuação dos alunos junto a uma equipe de referência de um CS e a sua participação na elaboração de um PTS para um paciente selecionado pela equipe.

Um aspecto inicial neste estudo de caso, que a entrevista semi-estruturada contemplou foi analisar a percepção dos alunos frente a uma oferta teórico-referencial do sub-módulo de planejamento e gestão e cujo produto é a elaboração de um projeto terapêutico que articule os

campos do conhecimento biopsicossocial e que, portanto difere do modelo clínico epidemiológico tradicional ofertado durante o curso de Medicina (modelo biomédico).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que, através de uma amostra intencional de três casos agregados, investiga, empiricamente, os diversos significados do estagio do quinto ano de Medicina no submódulo de Planejamento e Gestão.

Neste estagio, casos complexos que envolvem pacientes e familiares, são escolhidos pelos profissionais de referência dos CS a fim de que sejam desenvolvidos projetos terapêuticos singulares pelos alunos do quinto ano de Medicina.

Realizar-se-á abordagem compreensiva dos três casos (PTS) elaborados durante o estagio do 5º ano, entre 2008 e 2010. Nesta amostragem intencional os critérios utilizados para escolha dos três PTS nesta pesquisa foram:

- Grau de complexidade biopsicossocial do caso indicado pela Equipe;
- Grau de vulnerabilidade individual do paciente.

A coleta de dados ocorreu por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas realizadas com pelo menos um aluno de cada um dos três estágios investigados, com os profissionais de referência responsáveis por cada um dos casos (médicos e agentes comunitários) e com os pacientes de cada um dos casos selecionados.

Na entrevista com os alunos elaboramos as seguintes perguntas:

1. O que foi marcante na construção do projeto terapêutico?
2. O que tinha sido importante para o aluno neste estagio?
3. O que o aluno achava que tinha sido importante para o paciente?
4. Como que o aluno enxergava este estágio em relação aos demais estágios/disciplinas do curso de Medicina?
5. Como é que o aluno inventaria uma nova faculdade de Medicina?

Nas entrevistas com os pacientes elaboramos as seguintes perguntas:

1. Como é que anda a vida?
2. O que você acha que mudou na sua vida com o PTS?
3. Com quem você acompanha no CS?
4. Como esta a sua relação com o CS? Após o PTS o que mudou?
5. O que e como você entende a sua doença?

Nas entrevistas com os profissionais de referência (médicos e agentes comunitários) realizamos as seguintes perguntas:

1. Por que vocês escolheram este paciente e qual o significado deste projeto para você?
2. O que marcou este caso para você?
3. O que você e a sua equipe aprenderam neste PTS?
4. Como você enxerga o estágio dos alunos de Medicina aqui no CS?
5. Em comparação com a sua formação, o que você vê de diferença em relação à formação dos alunos do quinto ano de Medicina deste estágio?

Além destas entrevistas, os Projetos Terapêuticos (PT) também foram considerados parte do corpo de dados analisado. Foi utilizado o método da análise de conteúdo no estudo deste corpo de dados (22).

Em cada uma das unidades de análise foi realizada uma primeira leitura flutuante que possibilitou visualizar os sentidos das falas dos sujeitos na pesquisa. Após esta primeira leitura, foram classificados os tópicos emergentes segundo os critérios de relevância e que resultaram nos seguintes eixos temáticos:

- Eixo I: Cenários de práticas e da clínica;
- Eixo II: Cenários pedagógicos e metodologias pedagógicas.

Os grupos de entrevistados (alunos, profissionais de referência e usuários) foram abordados através de entrevistas semi-estruturadas conduzidas pelo próprio pesquisador, para

encontrar e buscar os fios relevantes para o aprofundamento de cada núcleo temático e a fim de compreender as especificidades de cada grupo e de cada caso individual, com o intuito de compreender os diversos níveis das atitudes coletivas e individuais e analisar a comparabilidade dos diversos casos. Por fim, foi realizada uma abordagem compreensiva de todo o material empírico dos três casos estudados.

Os participantes desta pesquisa assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devidamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da FCM da UNICAMP, preservando o anonimato dos entrevistados e profissionais envolvidas em cada PTS, sendo assim os nomes utilizados são todos fictícios.

## **CASOS ESTUDADOS**

### **Caso I: “Fabricia”**

#### **1 JUSTIFICATIVA**

Este caso foi escolhido em 20/06/2010 devido à complexidade de se lidar com uma pessoa com diversas doenças crônicas (obesidade mórbida, diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial) e inserida num contexto social econômico desfavorável. Além disso, tínhamos a intenção de reavaliarmos um PTS anteriormente realizado para Fabricia, por outro grupo de estudantes em abril de 2008.

#### **2 RESUMO**

Fabricia é uma jovem de trinta anos de idade, portadora de diversas doenças crônicas: Obesidade Mórbida (IMC69), Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial.

Fabricia é semi-analfabeta, recebe Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no valor de quinhentos reais e vive em condições socioeconômicas precárias, num contexto difícil e com um alto grau de vulnerabilidade. É mãe de dois filhos (Taiana, 11 anos e Kelvin, 6 anos) que

atualmente freqüentam escola e creche, respectivamente. No período da tarde, Taiana freqüenta ainda uma ONG denominada Vedruna.

Nasceu num ambiente marcado pela desagregação familiar; seu pai era alcoólatra e a obrigava a pedir esmolas na rua, um comportamento que ela ainda mantém parcialmente.

Aos 15 anos de idade foi vítima de abusos sexuais por um desconhecido e novamente aos 18 anos de idade por um conhecido do padrasto, o que culminou com seu afastamento da casa dos pais e com o ganho de peso.

### **3 RESUMO DO PTS**

Texto dos alunos retirado do segundo PTS:

*“No primeiro PTS, em abril de 2008 é realizado o primeiro PTS pela equipe da UNICAMP, associada com a equipe de saúde do CS São Marcos, objetivando, resumidamente: retirar Fabricia da situação de imobilismo; estimular atividade física e dieta; proporcionar estudos aos seus filhos; aumento do vínculo com o CS; melhorar as condições de vida; retorno ao ambulatório da UNICAMP e realização de cirurgia bariátrica; resgate de autonomia e protagonismo, melhorar a auto-estima e potência; e revitalizar o ânimo da equipe de saúde”.*  
(Sic)

Este PTS teve como ponto de partida um pedido da equipe Amarela do CS São Marcos, pois se achava que era uma oportunidade para uma reavaliação do seguimento de Fabricia. Além disso, outra intenção era analisar os resultados do primeiro PTS de Fabricia realizado em 2008.

No primeiro PTS, em 2008, Fabricia morava com os filhos e com o pai alcoólatra. As crianças permaneciam em casa, embora já tivessem idade para freqüentar a creche e a escola, vivendo em condições subumanas, com condições de higiene muito precárias e, paradoxalmente, faltava comida enquanto Fabricia sofria de obesidade mórbida pesando nesta época em torno de 178Kg.

Tal peso levava Fabricia a viver sentada a maior parte do tempo, quase sem se movimentar e utilizando a filha Taiana, com nove anos na época, como extensão de seu corpo.

Mantinha certa atitude de “pedinte”, cujo comportamento remetia à infância. Neste contexto de baixo protagonismo e com poucas perspectivas para o futuro, sonhava com uma cirurgia bariátrica que resolvesse todos os seus problemas!

Trecho do PTS

*“Tinha sido recentemente desligada do ambulatório de obesidade do HC-UNICAMP, devido ao fato de não ter emagrecido o quanto este serviço tinha preconizado”*

Os alunos, juntamente com os docentes, problematizaram esta relação da paciente com um serviço terciário, o Hospital das Clínicas e o programa de cirurgia bariátrica, que tinha a norma de desligar os pacientes que não se encaixassem nos protocolos, numa relação de poder assimétrica, em que a culpa do fracasso terapêutico sempre é do paciente.

Neste aspecto, o caso de Fabricia revelava a desarticulação do sistema de saúde, o hospital terciário universitário que não planeja as suas ações de saúde a partir de um referencial de território sanitário. Não houve qualquer tentativa por parte deste serviço terciário de articular o referenciamento do caso ao nível primário ou secundário, para que uma equipe da saúde da família assumisse a coordenação clínica e um seguimento em conjunto a fim de possibilitar que estes pacientes se aproximassem do perfil exigido nos protocolos.

Estes casos de fracasso terapêutico ou baixa adesão aos protocolos e diretrizes, poderiam ser usados como indicadores que revelassem as práticas e processos de trabalho de um determinado serviço, possibilitando uma reflexão sobre as estratégias de enfrentamento destas questões.

Sob o ponto de vista dos alunos e dos docentes, não havia de fato, condições mínimas para que Fabricia fizesse uma abordagem cirúrgica do seu problema de obesidade mórbida, e nem foi estabelecida ser esta a principal abordagem, ou a mais adequada naquele momento.

Inicialmente, foi proposta como prioridade no PTS a construção de uma rede social de apoio para Fabricia e seus filhos através das escolas, creches, ONGs e o CS.

Neste primeiro PTS então, uma das prioridades foi à inserção dos filhos na creche e na escola, com o intuito de favorecer novos cenários que possibilitassem o crescimento e

desenvolvimento dos seus filhos e, particularmente, retirar a filha de uma relação instrumental com a mãe.

Também foi estimulada a atividade física com caminhadas em torno do campo de futebol que fica ao lado da casa da paciente e o retorno ao acompanhamento no CS com o médico generalista referência da equipe amarela.

Articulou-se para que a família tivesse acesso a verduras e legumes através de um sistema de distribuição gratuita de alimentos da Central de Abastecimento da Secretaria de Agricultura (CEASA) existente no bairro para famílias carentes.

Nesta época, numa segunda visita domiciliar, percebeu-se certa resposta às visitas, pois a casa estava mais limpa, Fabricia encontrava-se mais animada e aparentemente propensa a ter mais atividade física e com planos para a vida.

Em relação ao primeiro PTS, algumas ações tinham tido sucesso, inserção do filho mais novo na creche; Taiana, a filha mais velha, passou a freqüentar a escola e foi inserida numa ONG educacional chamada Vedruna; outras ações obtiveram sucesso relativo, tais como a perda de peso parcial (5%); acesso a alimentos saudáveis, promoção da autonomia e ampliação da rede social de apoio.

Neste segundo PTS, foi realizada uma análise das propostas do primeiro PTS e uma discussão com os alunos com relação a algumas das propostas consideradas prescritivas (andar no campo de futebol, por exemplo) e com um recorte simplista, pois a abordagem do problema da obesidade mórbida tinha que ser elaborada em conjunto com outras questões, como elaboração do trauma na adolescência relacionado ao assédio sexual, a diminuição da ansiedade de Fabricia e a promoção de melhorias na qualidade de sua vida.

E foram justamente em função destas propostas prescritivas que se obteve pouco sucesso no primeiro PTS. Neste segundo PTS foram realçadas as áreas de interesse e atividades físicas que Fabricia gostava como dançar nos bailes.

Outro aspecto primordial, visto que o acesso aos alimentos mais baratos são os mesmos que tem valor calórico elevado, era de que tínhamos que garantir o acesso a verduras, legumes e

frutas e certo suporte no preparo destes alimentos; principalmente porque o acesso a estes alimentos não foi garantido no primeiro PTS.

Para isto, foi fundamental a visita dos alunos à ISA (Instituto de Solidariedade Alimentar) ONG localizada no CEASA Campinas, que distribui produtos hortifrutigranjeiros às famílias carentes de Campinas e com quem foi firmado um compromisso de doação destes produtos para a família de Fabricia.

Outro aspecto pensado foi à ajuda no preparo destes alimentos e o planejamento do cardápio através da ONG Vedruna, local onde a filha Taiana permanece meio período.

#### **4 EIXO I - PTS I: CENÁRIO DE PRÁTICA**

##### **Cenários de prática (EIXO I/ PTS I)**

Este caso ilustra as dificuldades de adesão de um usuário a determinado objetivo terapêutico. Levando-se em conta a história de vida de Fabricia, marcada por traumas e rupturas, no contexto econômico e social desfavorável foram analisadas as visões dos profissionais de referência, da própria paciente e dos alunos envolvidos na construção do PTS.

##### **Entrevista com o médico de referência**

*"... tinha uma coisa paternalista, de entregar tudo na mão dela, ela esperava isso de mim e da equipe, eu não estava conseguindo lidar com isso"*

A abordagem do médico de referência, apesar da preocupação com a autonomia de Fabricia, não conseguiu ampliar a clínica para outras abordagens (definição da coordenação clínica, suporte psicológico e de uma rede social) e se limitou na relação médico – paciente. A médica cita as dificuldades em lidar com a expectativa da paciente, referindo estar se sentindo muito sobrecarregada com as expectativas da paciente. Não foi levado em consideração a relação temporal apontada no PTS entre o início da obesidade mórbida e os estupros na adolescência.

*“... equipe se sente meio invadida, um incomodo, de ter um trabalho demandado, ou mexer em alguma coisa que nos incomoda muito porque os alunos da UNICAMP estão aqui”*

O medico de referência revela a existência de conflito entre o PTS elaborado pelos alunos da UNICAMP e o mundo real do seu trabalho, particularmente quando comenta que a equipe se incomoda com o olhar externo dos alunos ou quando o PTS aponta alguma coisa que os incomoda. A elaboração do PTS tem este aspecto de revelar e colocar em discussão as práticas e os processos de trabalho, sendo que este movimento reflexivo pode tanto ser visto como ameaçador quanto como um momento de aprendizado, de educação continuada e de compartilhamento de novos significados.

Nas discussões com a equipe de referência, realizadas ao final do estagio, foi usada uma abordagem dialógica, metodologia na qual se procurou compartilhar as diferentes visões dos profissionais envolvidos, com o intuito de construir uma abordagem multidisciplinar e uma construção de consensos para o planejamento e priorização das ações no PTS.

### **Entrevista com o agente comunitário**

*“... o olhar da saúde mais ampliado”*

*“e ela não tem só esse problema de obesidade mórbida, tem todas as questões sociais..., a auto-estima era bem baixa”*

O agente comunitário entrevistado valorizou a importância do contexto familiar, social e o “*humanismo dos alunos*” ao elaborar o projeto terapêutico. Lembrou a importância da escuta nas visitas domiciliares, dos objetivos do projeto, do sentimento de estar em rede com os alunos e professores da UNICAMP, valorizando ainda uma abordagem que envolve o indivíduo no seu contexto e com a sua singularidade.

*“Tem um objetivo final, você quer que ela adira ao tratamento, que ela melhore com o Projeto Terapêutico, você tem que ir mais vezes na casa, firma mais um compromisso, é uma responsabilidade de estar mais com ela”*

O agente comunitário realça que através do PTS foram eleitos alguns problemas prioritários que acarretam um estreitamento da relação dos profissionais de saúde com o usuário, favorecendo o vínculo, as visitas domiciliares e o seu seguimento. Comenta ainda que no PTS procurou-se olhar o usuário a partir de uma perspectiva de construção de sua autonomia.

### **Entrevista com o aluno**

*“... a gente fazer um projeto terapêutico que realmente veja a pessoa como um todo. Foi pra mim, mais isso o significado mesmo” (sic)*

O aluno enxerga que a elaboração do PTS favoreceu uma abordagem do paciente como um todo, refere que esta experiência foi única durante o curso de graduação, uma prática de Medicina ampliada unindo os campos do orgânico e do contexto social, unindo teoria e prática e ampliando os campos de atuação através da rede de suporte social existente no bairro (Vedruna e ISA, por exemplo).

No cuidado e atenção das doenças crônicas observamos certo esgotamento dos profissionais envolvidos (o médico de referência conta isso) e dos familiares mais próximos; para atenuar este desgaste tem sido apontada como um dos caminhos a exploração de uma intervenção terapêutica em rede para estruturar habilidades sociais e desenvolver as redes sociais de apoio.

Esta abordagem intersetorial e transdisciplinar é uma das características na elaboração de um problema de maior complexidade e do PTS, em contraposição ao paradigma biomédico, que tende a pensar o processo de modo restrito e tem construído uma visão sobre a saúde negativa e uma abordagem restrita do binômio doença-lesão orgânica. A abordagem biomédica implica numa visão reducionista e num recorte simplista do paciente; então, faz-se necessário um olhar que contemple a complexidade do ser humano, numa abordagem ampliada, que parta da singularidade do indivíduo e contemple a subjetividade e o contexto social, articulando estes diversos campos presentes na construção do PTS .

*“Acabava que a gente vivia uma contradição tremenda, porque aqui na preventiva eles enfatizam bastante o ser biopsicossocial, a gente vai ao HC e a gente não vê nada disso, a gente*

*vai ao posto de saúde e não vê nada disso, aí a gente fala "acho que isso não existe, não tem jeito, é impraticável" (Sic)*

O cenário de prática e aprendizado no curso de graduação da Medicina tem ênfase na abordagem biológica dentro de um cenário predominante hospitalar, com um aprendizado e abordagem centrada na lesão orgânica-doença, uma tendência a especialização precoce do aluno e uma terapêutica predominantemente medicamentosa.

Embora o cenário de aprendizado na rede básica de saúde favoreça a integração com a realidade social, com o núcleo familiar e com as equipes da rede básica, temos visto a reprodução de ensino e práticas restritas em nível da atenção primária com enfoque predominante no binômio lesão orgânica-doença. Nesta abordagem restrita não são realizadas visitas domiciliares ou acessados recursos da rede e nem mesmo recursos intersetoriais (ONGs, escolas, creches) reproduzindo, portanto, o mesmo paradigma clínico biomédico.

*“Por exemplo, a enfermaria de pediatria, aquelas crianças bizarras, com um monte de problemas, às vezes chega uma coisa comum no pronto socorro, que nós não fomos treinados para reconhecer, porque a gente sempre fica pensando nos casos raros. Eu acho que o hospital de Sumaré deveria ser o nosso hospital universitário, a gente deveria ficar mais tempo lá e na rede básica, do que no HC mesmo” (sic)*

Em relação aos professores, o aluno critica o padrão “House” (referindo-se ao médico do seriado de televisão americana), em virtude da valorização do binômio diagnóstico/lesão orgânica durante o curso de graduação e, particularmente, em situações em que este binômio é raro e difícil. Este comportamento faz parte da cultura do hospital terciário universitário, sendo que esta tendência é observada nos hospitais de ensino tradicionais onde a ênfase é dada na abordagem biomédica e na atualização técnico científica dos docentes e alunos.

O aluno faz uma crítica à formação ser predominantemente no hospital universitário terciário e na dificuldade em se desenvolver a prática clínica em pacientes com doenças mais prevalentes e sugere ainda que o campo de aprendizado hospitalar deva ocorrer principalmente em hospital de nível secundário e na rede de atenção primária.

Esta percepção do aluno encontra ressonância nas DCNCM, que preconizam a construção de um currículo de graduação médica que contemple uma exposição dos alunos à prática ambulatorial, em níveis de complexidade crescente e a partir das necessidades básicas de saúde da população. Neste currículo, o aluno seria orientado por um programa centrado na formação de um médico clínico geral, com ênfase no paciente e não na doença, uma tendência que tem se revelado nos cenários de práticas em escolas com perfil mais avançado, segundo tipologia de Lampert (15).

## **5 Cenário Pedagógico (EIXO II - PTS I)**

### **Entrevista com Fabricia**

*“Para emagrecer tem que melhorar a vida... da um acabamento na minha casa, fazer o meu muro, fazer uma área livre no quintal... é o meu sonho” (sic)*

A paciente tem um “*insight*” (Freud) no qual ela pode emagrecer, e que este emagrecimento depende dela; relaciona o emagrecer com algumas melhorias na sua vida de maneira geral; e vislumbra os desejos e sonhos relacionando-os com certo grau de autonomia que é uma das áreas priorizadas neste PTS.

### **Entrevista com o médico**

*“... o currículo era no modelo antigo flexneriano. Então eu tive um ano de internato só, as minhas práticas foram sempre reduzidas e especializadas”*

O profissional de referência revela o seu modelo de formação na graduação, flexneriano, com práticas reduzidas e especializadas e, embora reconheça a necessidade de ampliar o olhar

com as visitas domiciliares, tem certa dificuldade em articular na sua prática a coordenação clínica, a gestão da clínica, a clínica ampliada e a construção de redes sociais de apoio.

### **Entrevista com o agente comunitário**

*“... a universidade da esta oportunidade, outras não são assim não são todas as universidades que tem isso, visitarem as casas isto faz muita diferença”*

O agente comunitário destaca a possibilidade de ampliar o olhar durante a visita domiciliar e o aspecto pedagógico desta para os alunos.

As DCN recomendam às escolas médicas que insiram em seus currículos conteúdos relacionados à família e à comunidade a fim de proporcionar a integralidade do cuidar na saúde, contemplando assim a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

### **Entrevista com aluno**

*“Aqui não, no começo, nossas angústias foram expostas, e os professores tentaram conversar e chegar num ponto comum, que fosse possível tanto atingir as nossas expectativas quanto a dos professores. Aí eu achei isso bem interessante, pois na graduação nós não estamos acostumados com isso, sempre são aquelas aulas e explicações muito teóricas e muito distantes da realidade”*

A entrevista do aluno é longa e rica, inicia falando do aprendizado ao construir um projeto terapêutico que seja duradouro e que enxergue o paciente como um todo.

O aluno discorre sobre os aspectos dialógicos desta disciplina de Saúde Coletiva e realça que nesta disciplina ocorreu a oportunidade de discutir as expectativas dele em relação ao tema do desenvolvimento do projeto terapêutico, faz uma correlação desta disciplina com as demais do curso de Medicina:

*“...vocês deram para a gente expressar o que a gente estava esperando aprender e desenvolver, mesmo, com o projeto, pois a gente não tem isso na faculdade, a gente não tem espaço nenhum na faculdade, quase tudo o que a gente fala o professor já está esperando com uma norma de conduta da gente” (sic)*

O aluno percebe a sua formação dentro do hospital como um conjunto de normas, inserido num microcosmo com baixa capacidade de promover diálogos e de enxergar os alunos em sua subjetividade. A instituição controla a vida dos pacientes e alunos, moldando a formação e a identidade técnica dos alunos no paradigma biomédico, o qual adquire um caráter hegemônico na medida em que descaracteriza tanto pacientes quanto alunos, aproximando-se do conceito de “Instituição Total” (23).

*“Uma norma de conduta que é exigida, e a gente não vê”*

Souza (24) realizou pesquisa em escolas médicas no Brasil, tomando como referencial uma abordagem subjetiva, que valoriza os conflitos dos estudantes na prática de um hospital universitário. Nesta escuta dos alunos, utilizando o referencial psicanalítico, identificou quatro temas: a desvalorização do sofrimento psíquico, a negação do corpo simbólico, o engendramento de uma identidade técnica e a experiência de sujeição. Esta *estratégia sem estrategista*, a que o aluno se refere, está relacionada ao paradigma da racionalidade/eficácia do cuidado médico e a negação da subjetividade dos atores envolvidos.

*“Foi possível aproximar um pouco o conteúdo que nós estávamos estudando da aplicação prática dele”*

*“Geralmente, existe um gap entre o que o professor fala e a aplicação real, na realidade. Neste “gap”, nós é que temos que fazer o “link”, nós é que temos que ligar”*

Nessa declaração, o aluno realça a integração da teoria com a prática no submódulo de Saúde Coletiva, em contraposição às aulas do restante do curso que são sempre muito teóricas e explanatórias, distantes da realidade e que, de acordo com sua percepção, têm um aproveitamento muito “baixo”.

Esta metodologia didática pedagógica, baseada em aulas expositivas e teóricas para grandes grupos de alunos, tem sido questionada e, em algumas escolas, ha uma tendência de ensinar em pequenos grupos de alunos, em regime tutorial, utilizando metodologias problematizadoras que possibilitem a construção do conhecimento, unindo teoria e prática em cenário real.

*“Acho uma coisa interessante, seria pegar esses projetos terapêuticos singulares, e antecipar no currículo”*

O aluno aponta que esta disciplina, apresenta características que integram diversas áreas do conhecimento, deveria ser iniciada nos primeiros anos da faculdade, visto que, no atual currículo, existem poucas disciplinas que integram o básico à clínica.

Esta disciplina, com o pressuposto de integrar conhecimentos, tem o potencial de formular discussões e adquirir um caráter vertical e integrador na graduação, pois a partir de casos na rede básica poderia estar articulada com as demais disciplinas, dando um caráter transversal ao curso de graduação, integrando as áreas de Semiologia, Fisiopatologia, correlação Anatomoclínica, Psicopatologia e Saúde Coletiva.

Analisando e pesquisando as teorias educacionais e os processos pedagógicos, encontramos certos elementos comuns no processo ensino-aprendizagem (contexto, aprendiz, professor e matéria de ensino potencialmente significativa), os eventos educativos, de forma geral, caracterizam-se por uma ação onde ocorre uma troca de sentimentos e significados, lógicos e psicológicos (25).

Outro pressuposto da aprendizagem significativa refere-se à disposição do aluno em relacionar novos materiais potencialmente significativos à sua estrutura cognitiva, de maneira não literal ou arbitrária (25). O aluno entrevistado declarou:

*“A impressão que a gente tem é que o nosso currículo é integrado e maravilhoso em relação ao currículo de outras faculdades que a gente discute. Mas ainda existem muitas falhas, porque no nosso currículo a gente vê uma grande quantidade de conteúdo no primeiro, no segundo e mais um pouco no terceiro ano. Esse tempo dessa grande quantidade de conteúdo, que vai se repetindo, se repetindo, se repetindo, acaba sendo pouco produtivo” (sic)*

Nos processos de ensino e aprendizagem, segundo Ausubel (25) é fundamental percebermos, compreendermos e revelarmos o nível e o domínio do estágio cognitivo do aluno no momento de cada etapa de aprendizagem.

Uma vez que significados iniciais são estabelecidos para signos ou símbolos de conceitos, através do processo de formação de conceitos, novas aprendizagens significativas darão significados adicionais a esses signos ou símbolos, e novas relações, entre os conceitos anteriormente adquiridos, serão estabelecidas (25).

Existem diversas ferramentas conceituais e instrumentos didáticos que possibilitam revelar a partir de qual referencial teórico conceitual o aluno encontra-se; e além disso, verificar as mudanças conceituais ocorridas durante o processo de aprendizagem.

Estas mudanças conceituais são consideradas, importante indicador de aprendizagem, pois somente a aprendizagem por reestruturação permite a mudança conceitual (25, 26).

Uma das ferramentas utilizadas para a avaliação da aprendizagem é o mapa conceitual: este mapa é um diagrama onde são colocados os conceitos, partindo dos menos inclusivos para os mais gerais e revelando as suas relações hierárquicas. Estes mapas conceituais proporcionam uma visão integrada do assunto ou da disciplina e são feitos para trocar e negociar significados entre os diversos conceitos (26).

O diagrama V de Gowin ou V epistemológico foi criado para ajudar os estudantes a identificar os componentes do processo de produção do conhecimento e a estrutura do conhecimento e também pode ser utilizado para análise e avaliação da aprendizagem (26).

Esta incorporação ativa de novos conceitos é habitualmente desencadeada por um processo reflexivo, em que o tutor promove discussões que objetivam a exploração do conhecimento prévio e a posterior formulação de perguntas que delimitam os territórios do conhecimento do aluno.

Numa etapa seguinte, a partir destas questões o aluno é estimulado na busca ativa de novas informações com o propósito de formular novas sínteses.

Este referencial pedagógico critica os métodos pedagógicos tradicionais centrados no docente como única fonte de saber, na sobrecarga e ênfase na memorização de informações, e na transmissão de conteúdos numa concepção bancária.

A aprendizagem heterônoma valoriza fatores externos como notas, diplomas, prêmios e não considera o conhecimento prévio do aluno. Esta metodologia constrói um estudante passivo e dependente.

O aluno comenta esta passividade dos alunos, que ele também considera fruto do sistema educacional, que valoriza a transmissão de informações ao invés de construir o conhecimento num processo dialógico reflexivo.

*“Você tem que começar com uma discussão. Eu acho que as formas autoritárias não funcionam”*

Em um texto instigante, o professor Pedro Demo (27) comenta:

“O aprender a aprender supõe também aprender, mas o seu centro está no saber pensar, fundamento do sujeito consciente e competente; enquanto não se perceber que a didática deve ter estratégia emancipatória, a pedagogia representará o passado.”

O aluno comenta sobre o MED-Curso, *“do qual não se pode falar muito”* onde matérias são administradas através de aulas tradicionais e sintéticas, e que visa preparar o aluno para o exame de residência.

Comenta ainda que as escolhas dos estudantes pelas especialidades e residência médica são norteadas pelo cunho utilitarista, e as escolhas refletem as possibilidades de inserção e remuneração no mercado.

O aluno critica o ensino da Saúde Pública baseado em textos durante a graduação ao invés de ensinar na prática, como foi desenvolvida esta disciplina sob investigação e opina que seria mais interessante colocar esta disciplina nos primeiros anos de graduação.

Esta disciplina de planejamento e gestão tem como pressuposto a integração de diversas áreas do conhecimento clínico, social, psicológico, e tem como dispositivo e produto final a elaboração do PTS. O PTS é construído em função de uma demanda da equipe de referência responsável pelo usuário, “*um caso “enovelado”*”, no qual professores e estudantes problematizam e ampliam os diagnósticos para além do referencial biomédico, acessam os recursos existentes na rede de saúde e realizam ao final, uma discussão com a equipe de referência.

Nesta reunião ao final do estagio, discutem-se os problemas e as dificuldades, limitações e potenciais nas práticas da equipe, esta etapa pode ser encarada como um momento reflexivo onde são revelados os valores e as visões dos diversos profissionais. Esta discussão, num espaço coletivo, funciona como uma educação em serviço, ou seja, na medida em que combinamos a discussão do caso clínico sob as diferentes visões de uma equipe multiprofissional, ocorre a troca de conhecimentos entre os diversos profissionais. Esta abordagem funciona como um momento de ensino, aprendizagem e educação permanente em serviço, constituindo assim uma das características pedagógicas do PTS em relação aos profissionais dos serviços do centro de saúde (28).

O aluno comenta ainda:

*“longe dos pais, do suporte e tendo que cuidar da vida”*

O aluno comenta que os estudantes estão chegando à faculdade, jovens e imaturos e que isto é um fator de tensão no início do curso.

Esta fonte de tensão do estudante de Medicina existe quando o aluno passa a lidar com a liberdade e responsabilidade de morar fora da casa dos pais e simultaneamente, com as demandas do curso de Medicina, o qual tem como características a carga horária excessiva e um grande volume de informações.

Guthrie, Black e Shaw (29) identificaram a incidência de 36% de distúrbios psicológicos e de pelo menos um episódio de "stress" ante em 50% dos estudantes no primeiro ano de Medicina no norte da Inglaterra.

Este aspecto da vida do estudante de Medicina, como adolescente e um ser em desenvolvimento, inserido na vida acadêmica onde a maior parte das disciplinas do ciclo básico não está relacionada à prática médica, mas apresenta características predominantemente teóricas (predomínio do modelo flexneriano); associado a uma sobrecarga de informações, gera fontes de tensão e conseqüentes crises de adaptação, ansiedade, transtornos emocionais nos alunos da ordem de 30 a 50 % (30).

*“Acho que a grade deveria ser rediscutida, eu sinto falta de matérias opcionais, com um núcleo livre, isso a gente não tem. Uma matéria para você se desestressar”.*

Um aspecto da formação do estudante de Medicina que vem sendo discutido é a sua qualidade de vida, pois embora os diversos cursos de Medicina tenham aprimorado a formação técnica, esta tem se revelado insuficiente em promover a saúde mental, a qualidade de vida e o autoconhecimento(32). Sob esta perspectiva faz-se necessário o desenvolvimento da capacidade de reconhecer e trabalhar os próprios sentimentos e as habilidades de comunicação interpessoal e relacional destes estudantes (30).

Neste contexto, o estudante de Medicina percebe uma tensão entre o sentir e o fazer, sendo que esta tensão tem um componente estruturante do estudante e do saber médico e esta

relacionada ao que os alunos devem saber (a aquisição de um conjunto de técnicas e habilidades) e o que sentem ao fazer durante a aplicação deste conjunto de técnicas clínicas (33).

Souza (24) aborda o tema da desvalorização do sofrimento psíquico durante a formação dos estudantes e no seu processo de atuação, e discute a necessidade de pesquisas que contemplem a análise do sofrimento que está presente na formação médica.

O aprendizado na Medicina tem como característica a exposição à doença, ao sofrimento humano e às emoções relacionadas com a prática clínica lidando com as limitações, a impotência e a sua própria finitude.

Para o aluno é reservado pouco espaço para verbalizar e “metabolizar” estes sentimentos, pois, embora seja estimulado a ouvir os pacientes, não encontra espaço com os docentes para conversar sobre os desdobramentos desta escuta sobre ele (24). O aluno tem que lidar de forma solitária com este contexto gerador de angústia e ansiedade, o que frequentemente gera comportamentos compensatórios para aplacar/aliviar a tensão e o “stress”.

Este conjunto de fatores de tensão pode gerar nos alunos comportamentos de tensão/ansiedade/angústia, que não são valorizados e tampouco reconhecidos do ponto de vista institucional, bem como do ponto de vista da metodologia pedagógica e dos processos de ensino e aprendizagem (30, 31).

Estes fatores e “stress” antes são prejudiciais aos estudantes de Medicina e contribuem para uma prevalência maior de transtornos emocionais e comportamentais nos estudantes de Medicina, quando comparados com dados da população.

O estudo de Rout (34) revela que os alunos do internato, quando privados do sono, sentiam-se mais desanimados, tristes, irritados, com uma percepção de despersonalização, com dificuldades para pensar e com o comprometimento da memória recente. A privação do sono durante o treinamento do aluno foi considerada desnecessária para a sua formação, sendo ainda considerada prejudicial para a sua saúde e para o cuidado com os pacientes (35).

Nesta entrevista, o aluno cita alguns destes comportamentos e os relaciona a válvulas de escape que teriam a função de diminuir o “stress”.

*“Chega uma hora que você não agüenta mais isso aqui. Em cada ano a gente tinha uma válvula de escape”*

Diversos autores têm apontado certo grau de insatisfação dos acadêmicos com o currículo tradicional das escolas médicas, caracterizado pela extensa carga horária, falta de horários livres, sobrecarga de informações e privação do sono.

Neste contexto, a metodologia de ensino tradicional não leva em consideração os aspectos emocionais do estudante de Medicina no seu processo de formação, um processo que implica numa certa inibição das suas necessidades pessoais e certo sacrifício ao próprio prazer. Este comportamento é um mecanismo de sublimação onde ocorre a substituição de atividades lúdicas pela necessidade de mandar e controlar emoções, e isto pode ocasionar transtornos de ansiedade, depressão, uso de substâncias psicoativas e suicídio (36).

Este grau de insatisfação e tensão tem correlação com o nível de “stress” e sintomas depressivos, devido a esta necessidade dos alunos foi formado um Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da FMUSP (GRAPAL), o qual ao longo dos 21 anos de atividade, encontrou um coeficiente de suicídio de 39/100.000 habitantes ano, que comparado com o coeficiente de suicídio no município de São Paulo de 8,8/100.000 habitantes ano, foi de quatro a cinco vezes maior que a da população em geral. No mesmo período em outro artigo apresentam coeficientes e prevalência similares de ansiedade, “stress” e depressão (36, 37).

Diversos autores relatam a ocorrência mais elevada (em torno de 30 a 50%) de transtornos emocionais, síndrome do “burn out” ou síndrome da exaustão pelo trabalho ou síndrome do “queimar-se pelo trabalho”, e elevados níveis de “stress” nos estudantes de Medicina (31)

Na literatura brasileira, diversos autores apontam para uma ocorrência mais elevada de transtornos emocionais, alimentares e sintomas depressivos em acadêmicos de Medicina, em comparação com a população em geral e de outros cursos universitários. (30, 31, 32, 38, 39,40).

*“aqui em cima é só a gente, são sempre nossas festas, nossos jogos”*

O aluno relata ainda certo carácter sectário dos alunos da Medicina “*são sempre nossas festas, nossos jogos*”, e aponta ainda a necessidade de janelas livres no currículo, possibilidade de cursar disciplinas extracurriculares, matérias opcionais em outros cursos a fim de ampliar a socialização e o aprendizado com alunos de outros cursos como uma estratégia para lidar com o “stress”.

De certo modo, ouvir e pesquisar o bem estar dos alunos e o seu grau de satisfação é dar voz ao corpo discente, neste processo faz se necessário formular metodologias que valorizem o componente formativo do aluno e que os estimulem a construir o próprio conhecimento e o aprender a aprender.

Esta perspectiva metodológica coloca o aluno na responsabilidade de ser um co-construtor de seu processo de aprendizagem, o que pressupõe garantir aspectos mais significativos ao seu processo de aprendizagem; em contraposição aos métodos pedagógicos tradicionais que valorizam a passividade do aluno, a memorização de informações e a formação somativa.

As recomendações destes autores são de que as avaliações dos currículos das escolas médicas devem incluir no processo da educação médica, no modelo pedagógico e na estrutura curricular a avaliação do bem estar dos alunos.

Devido à negação das manifestações da subjetividade relacionadas ao paciente e ao próprio aluno, freqüentemente as dúvidas, tentativas e erros que ocorrem durante o diagnóstico e no contacto com a doença não são contemplados ou abordados. Tal negação da subjetividade funciona como uma defesa do cientificismo e da racionalidade na abordagem biomédica, porque talvez possa revelar os paradoxos de seu ensino e as contradições da racionalidade biomédica.

O negligenciamento da subjetividade do aluno durante a aquisição da “caixa de ferramentas” necessária a prática da clínica, expõe uma lacuna no processo ensino-aprendizagem do estudante de Medicina, e uma das hipóteses aventadas é de que a subjetividade recalcada contribui para uma maior prevalência dos transtornos afetivo-emocionais nos acadêmicos de Medicina.

Um componente importante do processo pedagógico é “esquecido”, aquele no qual em todo processo pedagógico só existira aprendizado significativo quando ocorrer um compartilhamento de afetos e significados (25).

## **Caso II: “Jane”**

### **1 JUSTIFICATIVA DE ESCOLHA**

Este PTS foi realizado em 19/10/2009 e a sua escolha foi devido ao fato de Jane ser uma adolescente com 15 anos de idade e apresentar uma gravidez não planejada dentro de um contexto de extrema vulnerabilidade social.

### **2 RESUMO**

Jane tinha 15 anos de idade e estudava na sexta série quando procurou o acolhimento da Equipe Amarela no CS com queixa de atraso menstrual. Foi realizado teste para gravidez e confirmado o diagnóstico. Jane ficou triste e surpresa com a gravidez não planejada e nesta mesma data foi atendida pela médica ginecologista que realizou o suporte psicológico e solicitou o seu agendamento no programa de pré-natal. Jane contou que tinha rompido o relacionamento com o namorado e que este se encontrava preso devido ao envolvimento com drogas. Em virtude desta gravidez, Jane interrompeu os estudos e iniciou o acompanhamento no programa de pré-natal do CS. Na segunda consulta do pré-natal, ela ainda referia estar inconformada com a gravidez, pois era fruto de uma relação com o ex-namorado, com o qual não tinha mais vínculo afetivo. Jane não apresentou nenhuma intercorrência orgânica durante o acompanhamento do pré-natal, embora continuasse a apresentar sentimentos conflituosos, sofrimento e tristeza.

Na data de 08/10/2009 Jane entrou em trabalho de parto no CAISM da UNICAMP, evoluindo para um parto normal e nascimento de uma criança do sexo feminino saudável. Nesta época, a Equipe Amarela do CS apontou a necessidade de elaborar um PTS devido ao fato de Jane ainda sentir-se conflituosa em relação à filha e ao ex-namorado. Na primeira visita

domiciliar, realizada com a participação dos alunos, docentes da UNICAMP, pediatra e agente comunitária do CS houve a oportunidade de conversar com a família de Jane. O núcleo familiar dela, que era a caçula, era composto unicamente por mulheres: a avó Joselita, mãe Josefa e mais três irmãs.

Na visita domiciliar, D. Joselita contou a história de sua vida e de sua família; tinha nascido em Sergipe e mudado para Campinas em virtude de ter rompido um relacionamento com o ex-marido alcoólatra.

A mãe de Jane tinha três filhas de pais diferentes e assumia a casa trabalhando como doméstica e no bar que funcionava na garagem da casa.

Jane vivia num universo predominante de mulheres, onde a figura de sua mãe era central e de grande importância, no contexto familiar. Uma de suas irmãs também tinha engravidado na adolescência, e a mãe, durante a nossa visita, queixou-se que ela não trabalhava e “*vivia em más companhias*”, na nossa percepção ocorria certa repetição dos padrões familiares e dos vínculos afetivos desta família.

### **3 RESUMO DO PTS**

Nesta primeira visita domiciliar, Jane estava irritada e apresentando dificuldades na amamentação de sua filha e referindo dores nos mamilos. A médica pediatra da equipe Amarela ouviu as queixas e conversou com Jane sobre este período puerperal e explicou que era um período de adaptação para ela e a criança e agendou uma consulta de rotina no CS Jane também se queixou da ausência do pai biológico e do fato dele não a ter visitado e nem mesmo registrado a filha no cartório.

Nos primeiros dias do estágio, após apresentação do caso, na fase de problematização do PTS, os alunos sentiram dificuldade em lidar com o caso proposto pelo CS porque Jane não apresentava doença orgânica. Ela pertencia a um grupo de adolescentes com alto grau de vulnerabilidade para as doenças sexualmente transmissíveis, violência sexual e gravidez indesejada. Discutiui-se e foram problematizados os limites de um programa de anticoncepção

tradicional e a ineficiência da abordagem tradicional de anticoncepção. Esta abordagem organicista não leva em consideração as questões relacionadas à sexualidade e ao prazer ocasionando uma baixa adesão aos serviços de anticoncepção.

Ainda nesta fase de problematização, em virtude da gravidez na adolescência ser um evento relativamente comum no CS, surgiu as seguintes propostas:

- Pesquisa nos prontuários do CS da prevalência de gravidez em adolescentes menores que 18 anos de idade;
- Formação de um grupo composto de mães adolescentes para discutir as experiências, vulnerabilidades, dificuldades e projetos de vida.

O grupo de alunos pesquisou na declaração dos nascidos vivos das equipes do CS e identificou 44 mães jovens com idade menor que 18 anos e que tinham tido parto no ano de 2009, e a partir deste dado confirmou-se a relevância do problema consolidando-se então a idéia de formar um grupo que trabalhasse com estas jovens mães adolescentes.

Buscou-se experiências exitosas no município de Campinas e foram feitas visitas a duas ONGS que trabalham com jovens adolescentes: as ONGs Primavera e Taba.

A ONG Primavera realiza um processo de seleção para as candidatas e trabalha apenas com adolescentes do sexo feminino. Esta ONG tem como propósito formar adolescentes em diversos cursos pré-profissionalizantes e no processo seletivo procura trabalhar com adolescentes com menor grau de vulnerabilidade.

Em visita à ONG Taba observou-se que esta tem como propósito o trabalho com jovens em situação de maior vulnerabilidade e apresenta uma proposta pedagógica que, através de atividades lúdicas (tais como a dança, música, atividades esportivas, etc.), aborda as questões de sexualidade, drogas, violência sexual e protagonismo social. Esta ONG trabalha numa perspectiva de reaproximar os jovens do CS e preconiza distribuição e o acesso aos preservativos de forma mais liberal; discute a relação do CS com os adolescentes e promove atividades nos

espaços do CS (tais como o dia do adolescente, desenho de “grafites” nas paredes e atividades de dança e música).

Durante este estágio, os alunos promoveram uma reunião com mães adolescentes, com os profissionais do CS (enfermeira e psicóloga) e com os docentes desta disciplina. Neste espaço as mães adolescentes puderam conversar e trocar experiências abordando temas como anticoncepção, sexualidade, amamentação, relacionamento com os parceiros, sonhos e projetos para o futuro.

As adolescentes propuseram assistir a filmes com temas relacionados às conversas do encontro. Durante a reunião de grupo Jane participou e identificou-se com as histórias de vida das outras adolescentes. De forma geral, as adolescentes tinham planos de estudar e conseguir independência financeira no futuro.

Este PTS foi o marco que originou um convênio entre o Ministério da Saúde, a Prefeitura de Municipal de Campinas/Secretaria Saúde de Campinas, UNICAMP e a ONG TABA, com o objetivo de trabalhar as vulnerabilidades e potencialidade dos adolescentes no Jardim São Marcos. A ONG TABA realizara oficinas de sensibilização junto aos profissionais do CS com o propósito de identificar interessados em trabalhar com adolescentes. Numa segunda fase, sob supervisão de psicólogos e educadores desta entidade, promovera uma educação em serviço, preparando profissionais interessados em trabalhar junto aos adolescentes e às questões relacionadas à gravidez não planejada, aos diversos tipos de violência, à sexualidade e às drogas.

Este projeto visa à formação de quarenta adolescentes que desenvolverão um papel de facilitadores nos processos educativos junto à comunidade adolescente do Jardim São Marcos e conta com a participação de alunos e docentes da UNICAMP, das áreas de Educação, Educação Física, Artes Cênicas e Música.

Trecho da proposta educacional da ONG TABA:

*“O modelo a ser desenvolvido deve permitir, uma discussão sobre as razões da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às*

*pressões externas, a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e a resolução de problemas e dificuldades do dia-a-dia.*

*A possibilidade da participação juvenil, na concepção posta, contribui para a construção da cidadania, da autonomia, auto-estima, assertividade e projeto de vida juvenil, ao mesmo tempo em que contribui decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social das ações de saúde”.*

A ONG TABA, desenvolve este projeto educacional com o propósito de diminuir a vulnerabilidade dos adolescentes.

A vulnerabilidade pode ser definida como um produto da interação do indivíduo com as estruturas sociais, uma inter-produção entre as potencialidades imanentes e transcendentais, entre os espaços de modo de ser e praxis, uma co-produção do sujeito e do coletivo na transformação de contextos de intersubjetividade e um estreitamento da relação da saúde com os direitos humanos (17, 41).

#### **4 Cenários de prática (eixo I - PTS II)**

##### **Entrevista com o médico**

*“fazer uma abordagem psicossocial, de lidar com a rede em que o indivíduo está inserido, das condições sócio-econômicas, nas visitas, você vai “ in loco””*

O profissional de referência apresenta uma visão ampliada dos determinantes do processo saúde/doença, referenciando também os conceitos de promoção da saúde, investimento na potencialidade e autonomia dos pacientes. Valoriza ainda a possibilidade de explorar as redes de

proteção social como um arranjo que amplia as possibilidades de intervenção no processo saúde/doença.

### **Entrevista com os alunos**

*“temos que saber do contexto familiar, na comunidade e o que da para fazer. Estamos falando de gente, da parte da saúde e não da doença e investir na saúde”*

Os alunos falam como entender um ser humano no seu contexto, na comunidade e nas questões relacionadas à saúde; ou seja, ampliando o olhar e se afastando do reducionismo da abordagem “queixa/conduta /vamos tratar” característico do modelo biomédico.

Com isto, novas perspectivas de abordagem do contexto social e das redes sociais de apoio são exploradas, configurando novos espaços para intervir na vulnerabilidade dos adolescentes e discutir a vida, a sexualidade e a saúde.

*“Eu acho que é uma disciplina mais "humanizada", porque a gente entra em contato com a pessoa e com a realidade dela, não ha aquela coisa de queixa, conduta e vamos tratar”.*

Na percepção dos alunos esta disciplina trabalha com uma visão ampliada e humanizada, com enfoque multidisciplinar e que aborda as questões de saúde a partir de um contexto e de uma rede social.

Os estudantes compreenderam o caráter restrito da abordagem biomédica e a necessidade de uma abordagem que contemple o individuo no seu contexto social e psíquico; a partir desta análise é que formularam uma abordagem das jovens adolescentes. Esta abordagem contempla questões de vulnerabilidade peculiares deste grupo e que estão relacionadas à exposição a violência sexual, ao uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.

Os alunos comentam que um dos principais aspectos deste PTS foi a criação de um espaço para discussão e relato das experiências com as mães adolescentes e destacam o caráter pedagógico ocorrido nesta troca de experiências.

Neste caso, a articulação de um trabalho educativo com a ONG TABA, proporcionou um novo cenário de atuação junto às adolescentes deste bairro.

## **5 Cenário pedagógico (EIXO II - PTS II)**

### **Entrevista com os alunos**

*“Foi importante pra eu saber não ser mãe cedo, saber a idade certa de optar por ter o filho ou não.”*

Para os alunos, houve um encontro com significado pedagógico *“**encontro de afetos e significados**”* na medida em que ele fala do aprendizado pessoal em escolher o momento certo de ter filhos, esta vinculação das experiências clínicas e a vida do aluno é fundamental para a incorporação de novos significados e novas sínteses no processo ensino e aprendizagem.

Esta perspectiva atende a recomendações segundo documento da UNESCO:

*“Aprender a conhecer significa ser capaz de estabelecer pontes”, entre os diferentes saberes, entre esses saberes e seus significados para nossa vida cotidiana, entre esses saberes e significados e nossas capacidades interiores. Esta abordagem transdisciplinar será o complemento indispensável do procedimento disciplinar, pois ela conduzira ao surgimento de seres continuamente re-ligados, capazes de se adaptarem às exigências cambiantes da vida profissional e dotados de uma permanente flexibilidade sempre orientada em direção à atualização de suas potencialidades interiores” (42).*

*“esta disciplina deveria ser colocada logo nos primeiros anos, porque antes da gente ter contato com o paciente, antes do diagnóstico e do tratamento das doenças, é importante a gente estabelecer aquele conceito: o bem estar, não só físico e biológico, mas psíquico e social”*

Nesta afirmação o aluno hierarquiza os conceitos de saúde e coloca a importância do referencial de saúde mais ampliado vir antes do físico e do biológico. Esta concepção integral do ser humano deveria ter uma importância central no currículo de graduação ao invés da valorização do aprendizado biomédico.

*“Essa disciplina é mais voltada para a parte social, enquanto as outras disciplinas estão mais voltadas para a parte biológica, e medicamentosa. Enquanto nessa disciplina ocorre uma intervenção mais social”*

O aluno, ao entrar em contato com o referencial de saúde mais ampliado “bem estar não só biológico, mas psíquico e social”; descreve a limitação e o reducionismo da abordagem do binômio doença orgânica-tratamento, porém ressalta a complementaridade das abordagens proporcionadas nesta disciplina e nas demais disciplinas do curso.

## **Caso III: “Marinho”**

### **1 Justificativa da escolha**

Este caso foi escolhido em virtude de Marinho ser um pré-adolescente com 11 anos de idade, portador de Diabetes Mellitus tipo I, com dificuldades na adesão ao tratamento e, além disso, estar inserido em um contexto familiar difícil e complexo.

## **2 Resumo do caso**

Marinho tinha três anos quando começou a apresentar em 13/08/2001 um quadro clínico de poliúria, polidipsia e polifagia. Nesta época foi diagnosticado como sendo portador de Diabetes Mellitus tipo I, permanecendo internado por três dias e passando a ser acompanhado no ambulatório de Endócrino pediatria do HC da UNICAMP.

Neste período, durante os oito anos de acompanhamento ambulatorial, os valores de glicemia sempre foram bem elevados. Na pesquisa ao prontuário do HC da UNICAMP havia referências sobre o uso irregular de insulina e a falta de supervisão materna no tratamento de seu filho.

Na última consulta no ambulatório de endócrino pediatria do HC da UNICAMP a glicemia era 277 e a hemoglobina glicosilada 13,9 %. O pré-adolescente continuava com transgressões na dieta e com relato de ficar sozinho durante o dia; no prontuário havia a informação de que a mãe não supervisionava o filho e que “fugia das responsabilidades quando indagada a respeito”.

Certo dia, Marinho, acompanhado de sua mãe, apareceu no CS totalmente descompensado da diabete e foi acolhido pela equipe amarela. A partir deste atendimento eventual é que foi identificada a necessidade de um seguimento clínico e da construção de um PTS para o Marinho.

## **3 Resumo do PTS**

**Visita domiciliar:** Na primeira visita domiciliar, Adiana (a mãe de Marinho) mostrou-se disposta a conversar, encontrava-se emocionalmente abalada, lábil e descontente com a sua relação com o marido. Referia não ter mais relações com o marido devido ao fato dele agredir a ela e aos filhos verbalmente (tinha um sentimento de raiva em relação ao marido).

Referia que estava desmotivada no tratamento do seu filho Marinho e alegava não conseguir dar conta de todas as suas responsabilidades, comentou que não retornaria mais à

UNICAMP, pois considerou um insulto quando a médica da UNICAMP ameaçou acionar o Conselho Tutelar.

Marinho manteve-se quieto durante a visita, enquanto o irmão menor Nelson falava e interrompia todo mundo, e se mostrava muito irrequieto e agitado. O avô de Marinho, também presente na visita, comentou que o problema da diabete ocorria quando o açúcar estava baixo e que acreditava que o açúcar baixo no sangue causava leucemia. Durante a visita notamos que o cachorro da família (raça rottweiler), que ficava no corredor da casa, era bravo e soube-se pela mãe de Marinho que só atendia ao esposo.

### **Visita ao núcleo educacional Direito de Ser**

Em reunião com a coordenadora do núcleo, a assistente social e a psicóloga foi comentado o comportamento violento de Nelson, irmão mais novo de Marinho que quando contrariado ficava agressivo e que o núcleo educacional tinha dificuldades para impor-lhe limites, comentaram ainda que Marinho comia doces e bolos de outras crianças, mas o núcleo comprometeu-se em ajudar na adequação da dieta de Marinho.

### **Visita à Escola**

Nesta visita percebemos uma preocupação maior da coordenadora da escola com Nelson, irmão de Marinho, que tinha um comportamento agressivo, não obedecia ninguém e era muito agitado. Desconheciam que Marinho era portador de diabetes e relatavam que ele possuía um comportamento exemplar. A direção da escola mostrou-se sensível em colaborar na adequação da dieta de Marinho e ter mais tolerância aos eventuais atrasos dele decorrentes do seu tratamento no CS.

### **Discussão com Endócrino pediatria no HC da UNICAMP**

Alunos e docentes conversaram com a médica de referência que se lembrava do caso com detalhes, referia que nunca tinha conseguido um controle adequado da doença de Marinho. Considerava que o controle inadequado da doença estava relacionado ao fato dele não rodiziar o local de aplicação da insulina. Em virtude da aplicação de insulina ocorrer sempre no mesmo local, Marinho apresentava alterações tróficas no braço (lipodistrofia).

A médica já tinha tentado diversos esquemas e doses de insulina sem obter resultado ou controle adequado da doença. Confirmou que na última consulta conversou com a mãe do Marinho sobre o acionamento do Conselho Tutelar, pois achava que se tinha chegado a um esgotamento dos recursos em promover a adesão do paciente ao tratamento.

Durante a conversa, a médica mostrou-se sensível ao problema de Marinho e se colocou disponível para conversar com a pediatra do CS para um possível acompanhamento em conjunto. Nesta conversa perguntamos qual era a taxa de adesão dos pacientes aos protocolos deste ambulatório de endocrinologia pediátrica e a médica de referência, respondeu que era em torno de 40%. Perguntamos se os pacientes tinham acompanhamento com a psicóloga ou com a assistente social, e ela respondeu que não dispunha destes profissionais no ambulatório.

### **Discussão com Pediatra no CS**

Durante a conversa com a médica pediatra ela comentou que apenas recentemente tinha tomado conhecimento de Marinho. Nesta avaliação inicial, tinha sugerido a aplicação de insulina subcutânea em apenas duas doses, a fim de facilitar a adesão de Marinho ao tratamento. Neste momento mostrou-se disposta a conversar com o endócrino pediatra da UNICAMP, a fim de discutir um planejamento terapêutico.

### **Visita ao Ambulatório de Psiquiatria do HC da UNICAMP**

Em virtude do comportamento agressivo do Nelson, irmão mais novo do Marinho, agendamos uma discussão do caso na Psiquiatria da UNICAMP.

Os alunos apresentaram o caso do Nelson ao docente da Psiquiatria, referindo o comportamento agressivo, irrequieto e a dificuldade em estabelecer limites. O docente da psiquiatria avaliou que a criança poderia estar reagindo ao ambiente agressivo familiar, e a priori, não via nenhum sinal de transtorno de personalidade. Considerou que o Nelson poderia ser encaminhado ao ambulatório de Psiquiatria Infantil, para uma avaliação e se fosse necessário um seguimento no referido ambulatório.

### **CENÁRIO DE PRÁTICA (EIXO I - PTS III)**

Entrevista com a médica de referência

A médica de referência do CS coloca de forma clara que o PTS proporcionou uma atuação interdisciplinar através da articulação do cuidado com a diretora da escola e com o núcleo educacional.

*“Ele tem. Não tinha. Ele toma suco com adoçante, né? Ele se tiver bolacha doce, da a salgada pra ele. Ta diferente, no núcleo também (Marinho fala: é o único lugar que tem coca cola zero)”*

Estas instituições não tinham conhecimento do fato de Marinho ser portador de diabetes mellitus, e através desta articulação da profissional de referência do CS com a escola e a ONG Direito de Ser é que foi realizado o planejamento dietético de Marinho pela nutricionista da escola.

*“Eu nunca tinha vivenciado, antes de vir trabalhar aqui, esta forma de trabalhar, saber quem é a família, o que faz o pai e a mãe e entender o contexto onde o paciente está inserido; é a primeira vez que eu vivo isto e faz muito a diferença”*

A médica de referência comenta ter sido esta a primeira experiência de trabalhar com um PTS e realça o atuar fora das quatro paredes do consultório como uma forma de ampliar o olhar, o conhecimento e as ações terapêuticas. Realça a diferença na abordagem que valoriza o contexto do paciente, o núcleo familiar e uma clínica ampliada (17).

Nesta entrevista, a médica questiona ainda o conhecimento técnico, valorizando as abordagens relacionadas às tecnologias leves e a coordenação clínica que no caso deste paciente tem um maior peso e eficiência na adesão do paciente às propostas terapêuticas: a exemplo da administração supervisionada da insulina no CS, da abordagem familiar da mãe de Marinho e de seu irmão Nelson (43).

Estas ações possibilitaram que a mãe de Marinho tivesse mais tempo para se cuidar e perceber que na medida em que ela estivesse melhor, ela iria conseguir lidar melhor com os problemas do seu núcleo familiar.

Neste PTS, ao nível do atendimento terciário no HC, percebemos que o profissional de referência culpou a mãe de Marinho pelo fracasso no controle do diabetes de seu filho e apostou numa medida coercitiva na sua tentativa de acionar o Conselho Tutelar. Esta medida coercitiva visava conseguir a adesão de Marinho ao tratamento da diabetes, embora este controle da doença nunca tenha sido atingido durante os 7 anos de seu seguimento ambulatorial.

Esta abordagem coercitiva evidencia uma percepção reducionista e unilateral do problema de adesão de Marinho, ou seja, a partir de uma relação de poder, a falha na adesão ao tratamento é sempre um problema do paciente. A falta de adesão dos pacientes aos protocolos de insulinoterapia é uma regra neste ambulatório e poderia servir como um indicador para reavaliar os processos e práticas, reorganizar uma abordagem centrada no médico e incluir uma abordagem multiprofissional.

Neste ambulatório, este indicador de adesão aos protocolos poderia ainda ser utilizado para analisar e problematizar uma abordagem restrita e biomédica realizada a partir de um cenário hospitalocêntrico e refletir sobre as possibilidades de trabalhar em rede com a atenção básica.

Entrevista com a Adiana e o Marinho

*"O Marinho chega aqui, meio dia e meia, entra lá dentro e já toma insulina. Sabe? É uma coisa, que não precisa nem pegar ficha nem nada. Eles são muito preocupados com ele."*

Ao nível do CS, foi viabilizada a administração supervisionada de insulina no Marinho no horário das 13h00, pois neste período a mãe está trabalhando. No PTS foi planejado o seu seguimento com a pediatra de referência do CS e a articulação do cuidado com a escola e o núcleo educacional. Foi também realizada uma abordagem familiar, com a coordenação clínica do cuidado da mãe de Marinho e de seu irmão Nelson.

*"Aqui no posto, assim, eu sempre fui bem atendida. Mas, assim, acho que esta melhor, nos acompanhamentos, nas preocupações. Eles se preocupam muito comigo, com o Marinho, com o Nelson"*

Na entrevista com a mãe de Marinho, esta revela que a vida melhorou com o PTS. Antes do PTS ela achava que não valia nada nem precisava se cuidar, não precisava ir à psicóloga, tratar do olho ou dela mesma. Ela destinava toda a sua energia no acompanhamento de Nelson que dava muito trabalho na escola, no núcleo educacional e em casa.

*"para mim melhorou, o Nelson está encaminhado, o Marinho está procurando o que é melhor"*

À medida que Nelson passou a ser tratado no ambulatório de Psiquiatria, passou a dormir melhor e se comportar melhor na escola e em casa, e este foi um dos determinantes que possibilitou a mãe cuidar de si e de Marinho.

*“Uma coisa assim, que eu achava que eu não tinha valor nenhum, não tinha que ficar indo em psicóloga, médica, acompanhando”*

Através de ações programadas pelo PTS, Adiana foi ao ambulatório de oftalmologia onde realizou tratamento e aplicação de laser para a retinopatia diabética. Além deste acompanhamento no HC da UNICAMP, Adiana vem sendo acompanhada pela psicóloga do CS, porque tem um relacionamento difícil com o marido pois foi detectado na visita domiciliar certa labilidade emocional relacionada às dificuldades a este relacionamento.

Adiana conta ainda que após o PTS a qualidade de vida melhorou e as coisas estão se encaixando melhor *“tá todo mundo encaminhado e se tratando”*.

Neste PTS, com uma abordagem do núcleo familiar e através de ações que envolveram os dois filhos, Marinho e Nelson, e Adiana é que foi percebida uma melhoria na vida destas pessoas.

*“O Marinho chega aqui, meio dia e meia, entra lá dentro e já toma insulina. Sabe? É uma coisa, que não precisa nem pegar ficha nem nada. Eles são muito preocupados com ele.” Já descrito na página anterior.*

Adiana (mãe de Marinho) refere que a sua relação com os profissionais do CS também mudou, melhorou o acesso e a disponibilidade a equipe do CS; cita que Marinho agora tem uma agenda e uma prescrição para fazer uso da insulina, ele chega ao CS e já vai direto na enfermagem aplicar a insulina; através desta agenda a equipe de referência acompanha os níveis de glicemia e o tratamento com insulina de Marinho.

Neste PTS foi nítida a impressão de que Nelson era quem mobilizava toda a atenção de Adiana e que a partir da melhora de Nelson é que mudou sua relação com ela mesma e com Marinho.

A abordagem através de uma clínica ampliada e a coordenação clínica do núcleo familiar, aliados a articulação do cuidado com a escola e o núcleo foram fundamentais para o sucesso das ações propostas neste PTS (14).

O aluno coloca a importância de ampliar a rede de atenção de Marinho, através do PTS, para que a dimensão do problema dele pudesse ser abordada de uma forma mais justa e ampliada:

*“um “link”, entre a gestão de saúde e como se aplica ao indivíduo, sujeito”*

O aluno destaca o aprendizado durante a elaboração do PTS, através de um caso clínico temos uma visão do funcionamento do sistema de saúde. A análise de um caso revela como o paciente foi atendido na linha de cuidado, quais são os dispositivos, arranjos dos serviços e as práticas e processos de trabalho. Partindo do conceito de gestão da clínica, no qual toda sistematização dos processos de trabalho compreende uma gestão, as propostas de mudanças passam por um questionamento reflexivo deste conjunto de arranjos, dispositivos e práticas de trabalho (17,44).

Outro aspecto discutido neste PTS com os alunos foi a problematização da necessidade e da justificativa do acompanhamento de pacientes pediátricos com diabetes mellitus tipo I, com o perfil do Marinho em um hospital terciário.

Qual é a tecnologia existente num hospital terciário que justifique o seguimento destes pacientes, com o perfil do Marinho, neste nível de atenção? Neste caso demonstramos que o planejamento terapêutico singular, realizado a partir de um território sanitário, com a adscrição da clientela e coordenação clínica garante uma abordagem eficiente e humanizada.

Qual seria o maior nível de complexidade? Executar uma coordenação clínica do cuidado ao nível da atenção primária com a abordagem do núcleo familiar e de todos os aspectos sociais,

biológicos e interdisciplinares, ou praticar uma abordagem e um recorte biomédico num cenário hospitalar?

Encontramos evidências, neste PTS, de que a atenção primária dispõe de uma série de recursos e arranjos que possibilitam, através da equipe de referência, visita domiciliar, clínica ampliada, coordenação clínica e articulação intersetorial, uma capacidade de promover um cuidado articulado e mais eficiente; diversos autores apontam uma maior eficiência no cuidado organizado e planejado a partir da atenção primária; estes aspectos evidenciam a necessidade de se colocar a atenção primária como eixo estruturante e modelador do sistema de saúde.

### **CENÁRIO PEDAGÓGICO e ENTREVISTAS (EIXO II - PTS III)**

Em relação à médica de referência, embora tenha sua formação centrada no modelo biomédico, com o aprendizado de práticas na graduação no nível do CS semelhantes às utilizadas no hospital, refere o aprendizado com o PTS.

Considera o PTS uma forma de ampliar e humanizar o cuidado, trabalhando com o contexto social e familiar, fora das quatro paredes do consultório e coloca a importância desta abordagem interdisciplinar no planejamento terapêutico.

*“sou eu e a médica da UNICAMP, a gente precisa fazer essa coisa juntos, mandar para a UNICAMP mais redondinho”*

A médica de referência no CS exprime a vontade de trabalhar de forma articulada com o nível terciário, através do apoio matricial pode-se promover a transferência de conhecimentos e uma discussão dos casos mais complexos, mantendo a coordenação clínica do caso e a responsabilidade sanitária (17).

O PTS apresenta, como umas de suas características aliadas ao planejamento terapêutico, a coordenação clínica do caso e os ganhos de aprendizado pelos profissionais envolvidos na sua elaboração.

Um aspecto revelador ocorreu na entrevista com Marinho, quando foi perguntado sobre o que ele tinha entendido da doença, ele comentou:

*- é muito perigoso, não posso comer doce, açúcar, nem muito sal por que eu posso morrer”.*

*- e quando morre o que acontece? Pergunta a mãe*

*Marinho responde: “fica com febre e cego!!”*

Ou seja, o que aparece para o entendimento do Marinho a respeito de sua doença são os aspectos restritivos, coercitivos e penalizadores.

*-E o remédio? Perguntaram*

*-Que remédio?- responde Marinho...*

Nesta entrevista a pergunta sobre o remédio é repetida, mas ele parece não entender a insulina como remédio e é preciso que se fale novamente da insulina para Marinho “se lembrar do remédio”.

Outro fato revelador de Marinho a respeito do entendimento e compreensão de sua doença é a sua intenção de não ir ao CS no período das férias. Estes aspectos trazem à tona a discussão de como abordar um pré-adolescente portador de uma doença crônica, como entender este pré-adolescente para além de sua necessidade de uma terapia de reposição hormonal e uma dieta restritiva?

Este aspecto na abordagem de Marinho merece uma atenção especial, pois este me parece ser um ponto importante para o desenvolvimento da compreensão e autonomia de Marinho.

*“ta todo mundo se tratando”.*

Em relação a Aadiana, mãe de Marinho, observamos um ganho na sua autonomia e auto-estima; quando passa a se cuidar e se enxergar de forma diferente “*não tinha que ficar indo em psicóloga, médica*”, a partir deste momento passa a se valorizar e entender que a saúde da família passa também pela sua saúde.

*“que todo mundo só criticava, ela estava sempre errada, então ela largou o tratamento por causa disso, pois era sempre a culpada, na última consulta da UNICAMP, a médica ameaçou chamar o Conselho Tutelar” (sic)*

Esta relação médico-paciente que apenas a culpabilizava, devido às dificuldades com o filho e com o núcleo familiar, esgota as possibilidades terapêuticas e realça a sua visão pessoal de baixa estima e desvalorização.

Neste PTS, foi evidenciado o caráter da interdependência das relações do núcleo familiar, pois foi a partir desta percepção que conseguimos explorar as possibilidades de rearticular o cuidado da família de Aadiana, Marinho e Nelson (45).

# ANÁLISE DOS RESULTADOS

---

Cada PTS foi desenvolvido a partir de uma análise de demanda específica do caso, refletindo o caráter singular na construção dos projetos terapêuticos sendo que as propostas e discussões foram desenvolvidas ao longo do estágio com os pacientes, alunos, profissionais de referência e docentes.

O primeiro PTS deu ênfase na construção de uma rede social de apoio ao núcleo familiar com o objetivo de promover novos cenários para o desenvolvimento de Fabricia e seus filhos e o fornecimento regular de alimentos saudáveis.

No segundo PTS foi desenvolvido um programa de redução de vulnerabilidades para os adolescentes a partir do caso individual de Jane, numa abordagem predominante pedagógica e social, com a intenção de promover a autonomia, desenvolver potencialidades e reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes no bairro.

No terceiro PTS, o eixo predominante estabelecido foi no sentido de obter uma coordenação clínica do núcleo familiar e uma abordagem intersetorial do cuidado.

Neste estágio, uma das dificuldades encontradas foi o curto período para o acompanhamento, a implantação e a avaliação dos projetos terapêuticos. Este sub-módulo, com pequena carga horária no internato e conseqüentemente no currículo da graduação de Medicina (corresponde a 1,8% da carga horária do internato) tem como características de ensino uma metodologia ativa de aprendizagem e a problematização em cenário real e com oferta teórica que busca novas sínteses na articulação dos campos biológico, social e psicológico.

A abordagem clínica deste estágio embora num cenário curricular com uma aproximação dos serviços de atenção primária e secundária é percebida pelos alunos como diferente da abordagem biomédica que predomina no curso de Medicina.

Um eixo comum nas entrevistas dos alunos foi a proposta de antecipação deste estágio-submódulo de Saúde Coletiva e a sua inserção nos primeiros anos do curso de graduação, num

período em que os alunos tivessem um tempo maior para o seguimento dos projetos terapêuticos, com o intuito de associar a teoria e a prática e introduzir temas relacionados à clínica ampliada.

Sob o aspecto metodológico do processo de ensino, a construção dos projetos terapêuticos pelos alunos compreende um papel ativo dos mesmos na problematização, busca de informações e novas sínteses; este processo pedagógico também é percebido pelos alunos como um encontro pedagógico, onde existe espaço dialógico para colocarem as suas expectativas e participarem na construção dos projetos terapêuticos. Esta metodologia de ensino também é percebida pelos alunos como diferente da aquisição passiva de informações através de aulas expositivas, metodologia esta que predomina no curso de Medicina.·.

Em relação às tipologias das escolas de Medicina e as diretrizes curriculares nacionais, este estagio estaria próximo das escolas de Medicina com características avançadas, pois promove a participação ativa do aluno na construção dos projetos terapêuticos que estão conectados as necessidades e ao contexto dos usuários, busca integrar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais e oferta uma visão da inter e transdisciplinaridade na abordagem do processo saúde-doença (15).

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O que ressalta no processo de formação do estudante de Medicina é que, no paradigma pedagógico tradicional das escolas existe uma lacuna, que é ausência de espaço para reflexão sobre a subjetividade dos estudantes adolescentes e dos seus afetos durante a sua formação.

Este campo dos afetos e da subjetividade dos alunos, expostos durante o curso de Medicina a diversos fatores tensionais e as suas conseqüências emocionais, não é valorizado no processo de ensino e aprendizagem.

Esta lacuna no processo de formação dos estudantes de Medicina realça a necessidade de criar espaços de reflexão, supervisão clínica dos casos clínicos acompanhados pelos alunos e o ensino da relação médico-paciente.

Branco Rodrigues (46) destaca a experiência de Grupos Ballint (reuniões regulares de discussão em grupo, sob a orientação de um analista, qualificado para tal) constituídos junto à disciplina de Semiologia, com alunos do terceiro ano de Medicina, possibilitou ao grupo entenderem melhor as emoções e os sentimentos mobilizados durante uma relação médico-paciente.

Em conjunto com este aprendizado da relação médico-paciente, faz-se necessário a pesquisa da qualidade de vida dos estudantes com o intuito de auxiliar e prevenir os distúrbios emocionais e também para garantir o suporte psicológico durante o curso de graduação de Medicina.

Esta exclusão da subjetividade do aluno no curso de Medicina revela um fenômeno similar ao processo de objetivação da doença num local físico/corpóreo e que expulsou a subjetividade do paciente na doença.

Ambos os processos da clínica no modelo biomédico e o pedagógico guardam uma correlação e atuam sob o mesmo paradigma, ou seja, o mesmo corpo médico docente, selecionado a partir de critérios de habilidades tecno-instrumentais e competências clínicas sob ponto de vista biomédico e não através das habilidades pedagógicas; transfere este mesmo

paradigma clínico epidemiológico para a área pedagógica, proporcionando assim um aprendizado centrado no professor-médico, numa relação hierárquica, valorizando a formação somativa, conhecimentos adquiridos principalmente através de aulas teóricas e memorização, em um currículo com uma sobrecarga horária que gera diversos transtornos emocionais e que não valoriza o aluno como ser subjetivo.

O modelo pedagógico tradicional, centrado no professor e na formação somativa está relacionado à reprodução do paradigma clínico biomédico, pois ambos os processos de ensino e cuidado não contemplam o aluno e o paciente em sua complexidade e singularidade, e como consequência desta abordagem apresentam como característica comum a ausência da subjetividade dos alunos e pacientes.

Nestes modelos tradicionais e interdependentes, o pedagógico e o clínico apresentam como características comuns os recortes restritos e descontextualizados, os quais reproduzem as relações de poder do médico/paciente e do professor/aluno; não contemplam os aspectos da promoção de autonomia do paciente no seu processo saúde doença e nem o aprender a aprender do aluno no seu processo pedagógico, em virtude desta abordagem restrita ocorre a manutenção do “status quo” dos referidos atores, destituídos assim de qualquer componente emancipatório.

Uma educação só pode ser viável se for uma educação integral do ser humano, aprender a ser também é uma aprendizagem permanente, na qual os professores informam os alunos tanto quanto os alunos informam os professores. A formação de uma pessoa passa inevitavelmente pela dimensão transpessoal (42).

Esta dicotomia entre o saber e o sentir, entre o saber estruturado e a subjetividade, entre o saber científico e o domínio dos afetos é fundada na modernidade como uma garantia para a prática científica e encontra na Medicina um modelo característico desta cultura ocidental.

Embora a modernidade tenha um dos seus marcos entre o Renascimento e o século XVII, na expressão cartesiana do “Cogito”, é a partir de um distanciamento da realidade e a produção de um sujeito epistêmico centrado na objetivação da subjetividade, que emerge o sujeito racional e que recalca assim a dimensão subjetiva.

Khun (47), indaga o porquê dos fenômenos subjetivos serem interpretados como um marcador da fraqueza humana e não poderem ser aceitos na produção científica, a prática médica tenta se aproximar do modelo de ciência no qual o cientista é imparcial, focando o objeto de estudo na objetividade da doença e causando assim a dessubjetivação do doente (48).

O uso de metodologias de ensino problematizadoras em cenário contextualizado, que integrem teoria e prática, e que possibilitem ao aluno um espaço de reflexão sobre os seus sentimentos e emoções durante a prática clínica e o desenvolvimento de suas capacidades relacionais é uma etapa fundamental para promover uma aprendizagem significativa e compreender a saúde mental dos alunos. Estas metodologias de aprendizado estão centradas no papel do aluno como sujeito no processo de aprendizagem e no professor como tutor, apoiador, mentor e facilitador.

Alguns autores apontam certa direcionalidade no encaminhamento destes impasses: a necessidade de desenvolver modelos pedagógicos e clínicos mais interativos que compreendam uma visão dos quatro pilares da educação: o conhecer, fazer, aprender e ser.

Uma interface comum a estes quatro pilares é a educação integral do ser humano, que num plano transdisciplinar percorre e inventa as veredas e interstícios do conhecimento compartimentalizado.

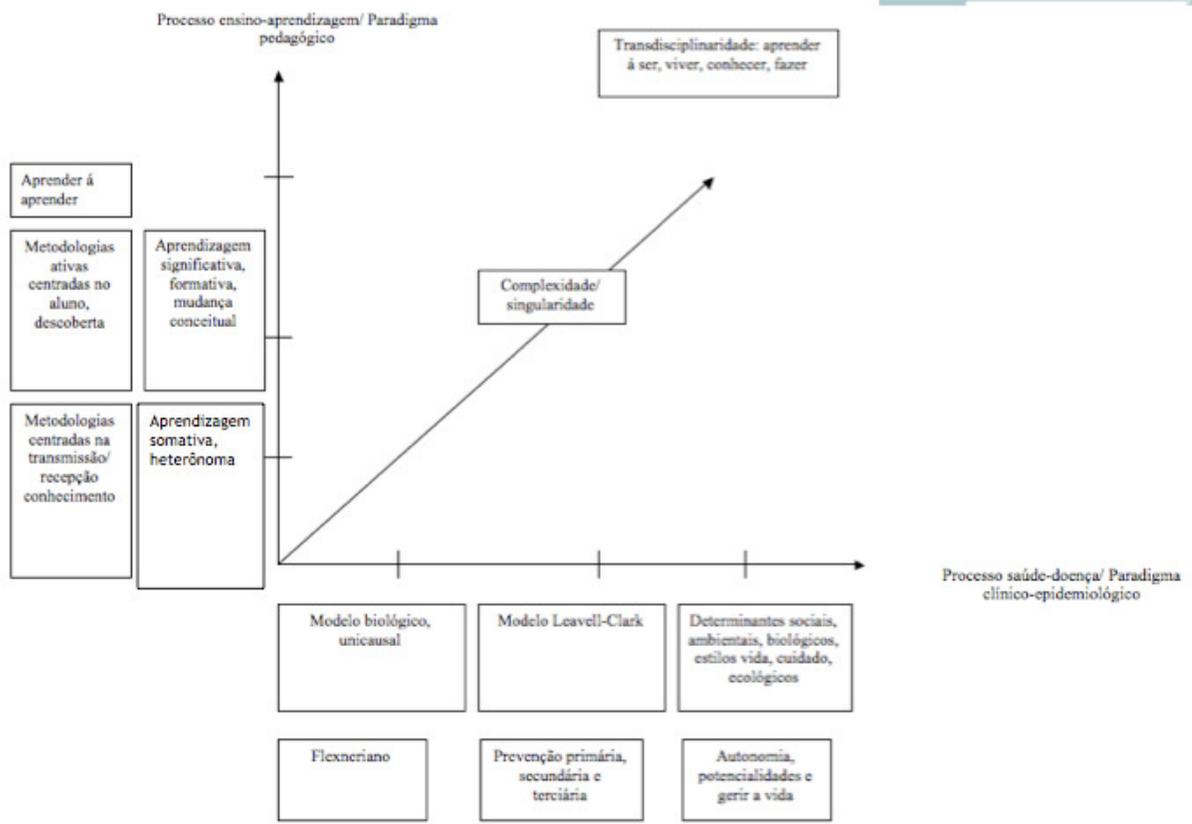


Figura 1: Interdependência entre os paradigmas clínicos e pedagógicos.

A transdisciplinaridade nasce da singularidade e da complexidade do ser humano, presentes nas relações do aluno e como do paciente, ambos são consumidores de técnicas que se aplicadas sob os referenciais herméticos das disciplinas determinam o seu reducionismo; o religar dos saberes almeja um olhar holístico emancipatório onde se supera a cisão entre a objetividade/subjetividade, o saber/sentir e entre o corpo/espírito.

# REFERÊNCIAS

---

- (1) Vygotsky LS. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
- (2) Piaget J. **O nascimento da inteligência na criança**. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
- (3) Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS (org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.
- (4) Cunha, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec; 2005.
- (5) Bordenave JPA. **A estratégia de ensino aprendizagem**. Petrópolis: Vozes; 2005.
- (6) Testa M. **Planificación estratégica en el sector salud**. Caracas: CENDES/UCV; 1981.
- (7) Nunes ED. Tendências e perspectivas da investigação em ciências sociais e saúde na América Latina: uma visão geral. In: Nunes ED. (org.). **Ciências sociais e saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS; 1985. p.31-79.
- (8) Maclaren P. Multiculturalism and the postmodern critique: towards a pedagogy of resistance and transformation. **Cultural Studies**. 1993; 7 (1):118-146.
- (9) Basaglia F. **A psiquiatria alternativa, contra o pessimismo da razão o otimismo da pratica**. São Paulo: Brasil Debates, 1979

- (10) Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **RevSaúde Soc.** 1994 ; 3(2): 5-21.
- (11) Foucault M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Graal; 2006
- (12) Foucault M. **História da sexualidade:** a vontade do saber Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- (13) Canguilhem G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1978.
- (14) Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS (org.) **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; 2006.
- (15) Lampert JB. **Tendência de mudanças na formação médica no Brasil:** tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem; 2002.
- (16) Leavell H, Clark EG. **Medicina preventiva para o medico em sua comunidade.** New York: Mac GRaw-Hill ; 1965.
- (17) Campos GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec; 2000.
- (18) Thiollent M. **Metodologia da pesquisa-ação.** São Paulo: Cortez; 1985.
- (19) Yin RK. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookmann; 2005.
- (20) Canponar RMC. Do uso de estudos de casos em pesquisas para dissertações e teses. **Rev Adm.**1991; 26 (3): 95-97.

- (21) Minayo MCS. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec; 2006.
- (22) Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2009.
- (23) Goffman E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7 ed. São Paulo, Perspectiva; 2001.
- (24) Souza NA. Formação médica, racionalidade e experiência. **Cien Saúde Col**. 2001; 6 (1):87-96.
- (25) Ausubel DP, Novak JD. **Educação e psicologia**. Nova York: Rinehart and Winston; 1978.
- (26) Moreira AM. **A teoria da aprendizagem significativa e sua implementação na sala de aula**. Brasília: Ed. da UnB; 2006.
- (27) Demo P. **Certeza da incerteza** : ambivalência do conhecimento e da vida. Brasília: Plano; 2000.
- (28) Campos GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.
- (29) Guthrie EA, Black D, Shawc, M. Embarcando na carreira médica: a morbidade psicológica no primeiro ano de estudantes de medicina. **Med Ed**. 1995; 29: p. 337-341, 1995.
- (30) Quintana MA, Rodrigues TA, Arpini MD, Bassi AL, Cecim SP, Santos SM. A angústia na formação do estudante de medicina. **Rev Bras Educ Med**. 2006; 32(1):7-14.

- (31) Benevides-Pereira AMT. **A síndrome da exaustão pelo trabalho no Brasil, e a sua expressão no âmbito médico**. Madrid: Pirâmide; 2007.
- (32) Gonçalves BM, Pereira BTMA. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: conseqüências afetivo-emocionais nos estudantes. **Rev Bras Ed Med**. 2008; 33: 482-92.
- (33) Bonet O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
- (34) Rout U. Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioner in England. **Psy Health Med**. 1999; 4(4): 345-54.
- (35) Uhari M et al. Abuso no estudante de medicina: um fenômeno internacional. **JAMA**. 1994; 271 (13): 1049-51.
- (36) Millan LR., Arruda PCV. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. **Rev Assoc Med Bras**. 2008; 54 (1): 90-94.
- (37) Simon HJ. Mortality among medical students, 1947-1967. **J Med Educ**. 1968; 43(11):1175-82.
- (38) Fiorotti PK, Rossoni RR, Borges HL, Miranda EA. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **J Bras Psiqu**. 2008; 54 (1): 90-94.
- (39) Silva FB, Mascia AR, Lucchese AC, De Marco MA, Martins MCFN, Martins LAN, Atitudes frente a fontes de tensão do curso de medicina: um estudo exploratório com alunos do Segundo e do Sexto Ano. **Rev Bras Ed Med**. 2008; 33(2): 230-39, 2009.

- (40) Zonta R. Estratégias de enfrentamento do stress desenvolvidas por estudantes de medicina. **Rev Bras EducMed.** 2006; 30(3): 147-53.
- (41) Gruskin S. **Perspectivas na saúde e nos direitos humanos.** Nova York: Routledge; 2005.
- (42) Nicolescu B. **Manifesto da transdisciplinaridade.** São Paulo: Trion; 1999.
- (43) Merhy EE. **Saude:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- (44) Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referência para a reforma dos hospitais. **Cien Saúde Col.** 2007; 12(4): 849-58.
- (45) Winnicott DW. **Realidade e jogo.** Barcelona: Gedisa,1999.
- (46) Rodrigues-Branco RFG. **O ensino na perspectiva dos grupos Balint** : um espaço de reflexão sobre o encontro do estudante de medicina com o seu paciente [Dissertação]. Goiânia : Universidade Federal de Goiás; 2001.
- (47) Khun T. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva; 2003.
- (48) Clavreul J. **A ordem médica:** poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense; 1983.

## APENDICE A - ROTEIRO E QUESTIONÁRIO DAS ENTREVISTAS

### ROTEIRO DAS ENTREVISTAS E PERGUNTAS:

- Apresentação do pesquisador
- Menção do interesse da pesquisa
- Apresentação da credencial institucional
- Explicação dos motivos da pesquisa
- Justificativa da escolha do entrevistado
- Garantia de anonimato e sigilo
- Gravação da conversa

### I - Entrevista com pacientes:

#### Questionário:

- 1-Como é que anda a vida?
- 2-E o projeto, o que você acha que mudou na sua vida?O que mudou?
- 3-Com quem você acompanha no Centro de Saúde?
- 4-Como está a sua relação com o Centro de Saúde?
- 5-O que você entendeu da sua doença?

### II- Entrevista com alunos:

#### Questionário:

- 1-O que foi marcante para você neste projeto terapêutico?
- 2-O que foi importante para você?
- 3-O que você acha que foi importante para o paciente?
- 4-Como você enxerga esta disciplina em relação às outras disciplinas da graduação, do curso de medicina?
- 5-O que você faria o que mudaria no curso de medicina? E se você fosse o diretor da faculdade?

### III- Entrevista com os profissionais de referência

#### Questionário:

- 1- Como vocês escolheram este caso e qual o significado deste projeto terapêutico para você?
- 2-Quais os motivos pelos quais vocês escolheram este paciente/usuário?
- 3-O que marcou você neste caso?
- 4-O que você aprendeu neste projeto?E a sua equipe?
- 5-Como você enxerga este estágio do quinto ano de medicina, aqui no centro de saúde? Qual foi o significado para você a sua participação junto aos alunos do quinto ano de medicina neste caso?
  
- 6-Comparando com a sua formação, o que você vê de diferente, em relação á esta experiência dos alunos com esta disciplina? Você se lembra do seu curso de graduação?O que acha que este curso é diferente, neste estágio?
  
- 7-E para os outros profissionais do centro de saúde, como você os percebe no projeto terapêutico?Agentes e auxiliares de saúde?

5 - Como você enxerga este estágio do quinto ano de medicina, aqui no centro de saúde? Qual foi o significado para você a sua participação junto aos alunos do quinto ano de medicina neste caso?

6 - Comparando com a sua formação, o que você vê de diferente, em relação á esta experiência dos alunos com esta disciplina? Você se lembra do seu curso de graduação?O que acha que este curso é diferente, neste estágio?

7 - E para os outros profissionais do centro de saúde, como você os percebe no projeto terapêutico?Agentes e auxiliares de saúde?

**APENDICE B - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido  
(usuários, profissionais de referência e alunos)**

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Mestrado intitulada “A clínica e o ensino na atenção básica de saúde”. A pesquisa tem como objetivo analisar quais os significados que o estágio do quinto ano de medicina na disciplina de Planejamento e gestão e a construção do projeto terapêutico singular, possibilitou no entendimento do processo saúde-doença-intervenção aos alunos, aos profissionais de referência e aos pacientes.

Para a coleta de dados serão feitas entrevistas com os grupos de alunos, profissionais de referência e pacientes das Unidades Básicas de Saúde que tenham participado dos projetos terapêuticos singulares.

Serão utilizados gravadores de áudio para se garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. A identidade e a privacidade dos sujeitos serão preservadas na transcrição das gravações e na incorporação das informações na redação da Tese.

A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco para os sujeitos, em nenhuma fase do estudo ou decorrente dele, de forma direta ou indireta.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

O pesquisador se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Sujeito

---

Assinatura do Pesquisador

**Pesquisador: Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay**

**Medico pediatra e aluno do Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/ UNICAMP**

**Telefones para contato: (19) 32565587 e (19) 91960962**

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o pesquisador responsável Nestor Luiz Bruzzi Bezerra Paraguay (19)32565587 ou (19)91960962.

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

# Projeto Terapêutico Singular

## “Fabricia”

Medicina Preventiva, planejamento e gestão do cuidado.

Junho - 2010

Alunos : Diego Funahashi Alves  
Fernando Eduardo Féres Junqueira  
Larissa Fernanda Medeiros Vieira  
Sheila Thaisa Zaros  
Tiago Augusto Gomes

Docentes: Márcia Amaral; Nestor Paraguay; Cláudia Cacau

Equipe da UBS: Eni, Erika

Vedruna- Suzi

## **Caso Clínico**

### **Identificação**

**Nome:** Fabricia.

**Data de nascimento:** 21/08/1980.

**Endereço:** Rua 113, nº 556 – Vila Esperança – Campinas.

**UBS:** CS São Marcos.

### **Resumo Clínico**

Fabricia, paciente de 29 anos, natural e procedente de Campinas.

Procura o CS São Marcos pela primeira vez aos 12 anos de idade. Com 13 anos pesou 77kg e mede 1,51m, com IMC 33,7kg/m<sup>2</sup>, caracterizando obesidade pela nova classificação da WHO. Aos 16 anos refere feridas em mamas, com características de pústulas eritematosas, com 3cm de diâmetro e crosta central.

Aos 17 anos apresenta-se com 115kg, com IMC de 47,8kg/m<sup>2</sup>, sendo encaminhada a Endocrinologia que a orienta e médica. Após 1 ano é encaminhada a Dermatologia e Ginecologia por repetição da queixa de lesões em mamas.

Aos 18 anos fica grávida de Taiana, realizando sua primeira consulta de pré-natal em janeiro de 1999; consultas subseqüentes não foram registradas no prontuário. Evolui para parto cesárea em agosto do mesmo ano e inicia uso de método anticoncepcional 6 meses após (Depoprovera), depois de passar por consulta na GO do CS; utiliza o método até novembro de 2000, quando inicia uso de anticoncepcional oral; nesta mesma consulta refere novamente lesões pustulosas em mamas.

Em 2003 repete-se a queixa de lesões em mamas, gerando novo encaminhamento a Dermatologia.

Em abril de 2004, aos 23 anos, apresenta atraso menstrual, acompanhado de náuseas e emese, com teste rápido para gravidez positivo. São realizadas apenas as 5 primeiras consultas de

pré-natal, havendo faltas nas 4 finais. Seu peso ao início da gestação era de 129,5kg (IMC = 53,9kg/m<sup>2</sup>). Evolui para o parto fórceps de K.

Na consulta de revisão pós-parto, em fevereiro de 2005, chegou a 139,5kg (IMC = 58,0kg/m<sup>2</sup>). Nesta consulta foi observado como intercorrência rotura perineal grau II, cistocele grau II e retocele. É aferida PA de 140x100mmHg. Devido a grande dificuldade de realizar exame ginecológico devido a obesidade é encaminhada ao Grupo de Orientação Multidisciplinar em Obesidade Mórbida e ao Serviço de Obesidade Severa / Pré-Operatório de Gastroplastia, com primeira consulta em agosto de 2006.

Em maio de 2005, em visita domiciliar, recorre a queixa de lesões em mamas. São prescritos captopril e hidroclorotiazida. Devido as condições precárias de higiene é feito um mutirão de faxina na casa da paciente e doados materiais de limpeza.

Em junho de 2005 integra protocolo de pesquisa do CAISM sobre vacina profilática contra HPV 16 e 18. Em outubro de 2005, em reunião da equipe, definem que Fabricia falta às consultas agendadas pela Agente de Saúde, levando a reserva de uma viatura do distrito para transportá-la a UNICAMP.

Entre abril de 2006 e setembro de 2007 há mais duas citações de lesões em mamas. Nesse ínterim, a paciente mantém-se em uso de depoprovera, captopril e hidroclorotiazida e surge o diagnóstico de DM, sem valor de glicemia relatado.

Em setembro de 2007, em nova visita domiciliar, Fabricia é considerada deprimida e com pressão aferida de 160x100mmHg, parando de tomar os remédios por conta própria. Os remédios são prescritos novamente, com a adição de metformina e fluoxetina. Novas lesões de mamas são observadas, agora ulceradas. A visita é levada a reunião de equipe no mesmo dia, onde se questionou o diagnóstico de lesões factícias em mamas. A equipe também demonstra alguns sinais de exaustão com relação a Fabricia, pois esta não cumpre acordos e solicitações. Mesmo assim a Agente de Saúde persevera em agendar e acompanhar a paciente no ambulatório de obesidade. Após poucas reuniões, Fabricia é expulsa do grupo, pois havia ganhado peso.

Em abril de 2008 é realizado o primeiro PTS pela equipe da UNICAMP, associada com a equipe de saúde do CS São Marcos, objetivando, resumidamente: retirar Fabricia da situação de

imobilismo; estimular atividade física e dieta; proporcionar estudos aos seus filhos; aumento do vínculo com o CS; melhores condições de higiene; retorno ao ambulatório da UNICAMP e realização de cirurgia bariátrica; resgate de autonomia, protagonismo, auto-estima e potência; e revitalizar o ânimo da equipe de saúde.

As ações realizadas em síntese compreenderam: visita domiciliar, acordo para obtenção de cesta de verduras, ações educacionais com relação a nutrição e elaboração de programa de exercícios, articulação de colocação do menor Kelvin em creche e da menor Taiana em ONG (Vedruna).

Nos 2 anos que se seguiram Fabricia, apenas freqüentava o CS para queixas agudas e não fazia um acompanhamento adequado de sua saúde; apenas realizava o acompanhamento ginecológico no CAISM irregularmente. Neste período houve perda de peso apenas no início (12kg), mas logo os exercícios foram abandonados e Fabricia voltou a engordar novamente, chegando a 178kg (IMC = 74,0kg/m<sup>2</sup>), sendo que a última anotação em seu prontuário é de 172kg (IMC = 71,5kg/m<sup>2</sup>). Houve efêmero sucesso na obtenção de verduras pelo acordo com o distribuidor do CEASA. Porém, Kelvin conseguiu ser colocado em uma creche e Taiana passou a freqüentar assiduamente também a ONG Vedruna.

Mais recentemente, Fabricia resolveu por conta própria iniciar dieta e caminhadas, além de idas ao forró, por vontade renovada de perda de peso. Ao mesmo tempo a equipe resolve convocar a UNICAMP novamente para rever o projeto de Fabricia.

Conclui-se que após este período seguinte ao término da primeira intervenção que deu início ao PTS de Fabricia, ainda que as metas idealizadas não tenham sido atingidas obteve-se progresso, principalmente em termos de melhora do imobilismo e maior execução do protagonismo, revelando potencial na paciente. Ficaram também evidentes alguns aspectos da abordagem anterior que requerem ser retomados por uma nova óptica.

## **História de Vida**

Fabricia, filha de Adelino e Antônia, nasceu e cresceu com uma dinâmica familiar alterada, marcada pela desagregação familiar, pauperismo e ausência de educação. Seus pais não tinham emprego e a obrigaram a abandonar os estudos na 2ª série para pedir esmolas junto com os irmãos. Assim, nunca teve oportunidade de aprender a ler e escrever. Antônia teve 6 filhos com seu primeiro marido e 3 com Adelino.

Quanto tinha 12 anos os pais de Fabricia. se separaram e ela passou a morar com a mãe e novo padrasto. Sobre este, Fabricia. diz que: “todo mundo falava que ele tinha interesse em mim, mas minha mãe nem ligava”.

Refere que nesta época foi estuprada por um homem desconhecido “no caminho para a escola”. Aos 15 anos, durante uma tempestade, quando todos os outros familiares tinham viajado para Aparecida do Norte, ela conta que foi estuprada por um “colega” do seu padrasto, e que posteriormente este foi linchado pelos vizinhos.

Essa época coincide com início do acelerado incremento ponderal de Fabricia.

Após o 2º episódio de violência sexual, Fabricia. foge para Santos, onde vive com uma amiga de sua mãe por alguns anos. No entanto, após reconciliação de Antônia com Adelino, volta a morar com os pais, retornando a Campinas.

Aos 18 anos, próximo ao seu retorno à cidade, Fabricia engravida e dá a luz a Taiana; o pai da criança não assume e nem mantém contato com mãe e criança.

Em 2003, Fabricia tem um irmão assassinado, época que coincide com seus sintomas depressivos.

Um ano após, em visita na prisão ao seu outro irmão, O., engravida de outro presidiário, dando a luz a Kelvin. Não apresenta qualquer contato com este homem também.

Em 2005 morre Antônia, vítima de câncer de colo de útero. F. passa então a viver com o pai e os dois filhos numa casa financiada pela COHAB. O pai era violento e apresentava etilismo intermitente, chegando a ameaçá-la com faca em mais de um episódio.

Recentemente outro irmão, evangélico, e que trabalha no CEASA, passou a morar nos fundos de sua casa, trazendo consigo sua esposa, sogros e filho. Adelino foi expulso de casa após

desentendimento acerca de a filha ter arranjado um namorado, não ficando claro se foi atitude de Fabricia e seu irmão ou do comando local do tráfico de drogas, devido a brigas com a vizinhança.

### **Condição Sócio-Econômica e Ambiente Familiar**

Fabricia mora em uma casa de quatro cômodos com muro, mas sem forro no teto, portas entre os cômodos (exceto o banheiro), pintura nas paredes ou piso no chão. A rua não tem pavimentação e há condições mínimas de saneamento básico. Apresenta aquecimento solar e a energia elétrica é obtida por “gato”. Tem água encanada e esgoto.

A casa apresenta situação precária de higiene, apesar de que atualmente encontra-se em estado muitas vezes superior ao relatado pelo grupo anterior em 2008. Possui telefone, atualmente cortado, cuja fatura mensal fixa é de R\$ 99,90. Gasta 1 botijão de gás por mês (valor aproximado de R\$ 30,00). Tem pagado 2 prestações da casa por mês no valor total de R\$ 70,00 para saldar sua dívida. Sua outra despesa é a água, que é paga por seu irmão.

Como fonte de renda possui o BPC, por ser obesa mórbida, no valor de R\$ 500,00. O bolsa família (R\$ 110,00) encontra-se suspenso, sendo que Fabricia se recusa a recuperar o benefício pois é “muito trabalho correr atrás”.

Iniciará novo emprego no dia 29/06/10, distribuindo panfletos e agitando flâmulas para campanha política; o salário ainda é incerto, devendo circular por volta de R\$ 800,00.

Como já foi dito, ela atualmente mora com seus dois filhos, seu irmão, cunhada, sobrinho e mãe e padrasto da cunhada. Vale ressaltar que é claro o alcoolismo da Inês (mãe da cunhada), a qual se tornou amiga íntima de Fabricia.

A filha Taiana freqüenta diariamente pela manhã a escola regular e a tarde a ONG Vedruna; o filho Kelvin freqüenta a creche pela manhã.

### **Avaliação Clínica**

Para melhor nortear os objetivos deste projeto terapêutico, foi realizado, no dia 24/06/10, nova avaliação clínica de F.:

FABRICIA, 29 anos, natural e procedente de Campinas.

QP: obesidade.

HPMA:

Paciente assintomática atualmente. Refere ter iniciado ganho de peso aos 7 anos; contudo, este ganho foi muito mais pronunciado a partir dos 12 anos (quando com 77 kg), com aumento exponencial a partir dos 16 anos (ultrapassou 100 kg). Refere ter iniciado dieta sem orientação nutricional há cerca de 2 meses, alimentando-se basicamente de arroz e café adoçado com açúcar, dividindo em cerca de 2 refeições ao dia, quando não prefere ficar sem jantar. Refere estar realizando atividade física regular (caminhada diária e forró semanal), de duração maior que meia hora. Refere não sentir mais dor em membros inferiores durante exercícios.

Interrogatório Complementar:

Nega cefaléia, febre ou outros sintomas gerais.

Tórax: nega precordialgia ou dispnéia.

Gastrointestinal: apresentou há algumas semanas epigastralgia com queimação retroesternal, medicada com omeprazol e bromoprida.

Locomotor: recentemente utilizou grande quantidade de diclofenaco para dorsalgia (não sabe precisar quanto e quando).

Ginecológico: G2 P2 C1 Fp1 A0 FV2; gestações sem intercorrências. Menarca aos 10 anos. Início de atividade sexual: 12 anos (1º episódio de violência sexual). Método Anticoncepcional: depoprovera + preservativo.

Médicações em Uso:

Captopril.Metformina.Bromoprida.Omeprazol.

**Antecedentes Pessoais:**

HAS / DM2.

Nega tabagismo e drogadição; etilismo social (vinho Chapinha).

Nega antecedente de DSTs.

**Alimentação:**

Café-da-manhã: café puro com açúcar; às vezes bolacha salgada.

Almoço: 5 colheres de sopa de arroz sempre. Legumes, salada e carne ocasionalmente (1 semana ao mês).

Jantar: salada ou jejum.

**Exame Físico:**

BEG, CHAAAE, FC: 72bpm, FR: 16rpm, PA: 110x80mmHg.

Circunferência abdominal: 167 centímetros.

Peso: 166,4kg.

Altura: 1,55m.

IMC: 69,26kg/m<sup>2</sup>.

Pecórdio: 2 BRNF, sem sopros.

Tórax: MV +, sem ruídos adventícios bilateralmente, simétrico.

Abdomen: globoso; não avaliável devido a grande extensão do panículo adiposo.

Pulsos presentes e simétricos nos 4 membros.

Fundo de olho: alteração do diâmetro artéria/veia.

**Hipóteses Diagnósticas:**

- 1) Obesidade mórbida (IMC 69,26)**
- 2) Hipertensão arterial sistêmica**

- 3) **Diabetes Melitus II**
- 4) **Dieta inadequada**
- 5) **Imobilismo / imediatismo**
- 6) **Semi-analfabetismo.**
- 7) **Desagregação familiar**
- 8) **Imaturidade psicológica → com períodos de transferência da responsabilidade materna para a filha T.**
- 9) **Situação de risco social → pobreza, higiene inadequada, alimentação inadequada, vizinhança com tráfico, contato com alcoolismo, acomodação social (condicionada desde criança a atitudes pedintes para viver/sobreviver), inabilidade para planejamento orçamentário.**

### **Objetivos:**

A paciente FABRICIA. está inserida em um contexto sócio-econômico singular. Para desenvolver um projeto realmente eficaz, é necessário mergulhar na sua realidade para tentar entendê-la a partir de sua ótica do mundo.

Na infância foi obrigada a pedir esmolas, sendo privada da escola, sendo atualmente analfabeta. Sofreu repetidas vezes violência social, e até sexual. Obrigada a pedir esmolas, aprendeu a relacionar sobrevivência ao comportamento pedinte, sem inserção definida na sociedade ou no mercado de trabalho.

Esse histórico de baixo protagonismo na vida, privação de necessidades básicas, ausência de modelos de vida afetaram sua compreensão de mundo. Nunca trabalhou. Não sabe administrar o dinheiro e recursos que recebe do governo e das ONGs, não consegue planejar os gastos com alimentação, com a casa, com limpeza – é imediatista.

Com o benefício do governo, pareceu-nos que pela primeira vez entrou em contato com um dinheiro “seu” e que está gostando disso.

Sua rede de apoio é frágil – atualmente baseia-se na mãe de sua cunhada Inês (alcoólatra) que a acompanha ao forró e a incentiva a sair de casa. Fabricia relata não se sentir confortável em

atividades em grupo, sente-se inferiorizada por não conseguir executar as atividades com a mesma destreza que os outros (seja pelo seu grau avançado de obesidade ou seu baixo nível cultural).

Baseado nessa realidade, após discussões foram desenvolvidas metas a curto prazo em três eixos:

Profissionais da UBS que concordaram em gerenciar esse projeto terapêutico: ENITA + SUZI + ELIDA+ TO E PSICOLOGAS.

### **1- Biológico: Obesidade mórbida e auto-organização**

**Perda de peso e apoio psicológico: Grupo de obesos – participação da paciente como organizadora (junto com a médica ÉLIDA).**

OBS: Apesar da resistência da paciente a participar de atividades em grupo, concordou em ajudar a organizar este. Achou uma boa idéia e gostou de poder servir de modelo para ajudar outras pessoas semelhantes a perderem peso.

- **Dieta adequada e suprimento alimentar adequado**

Em reunião com a assistência social do C.S. Marcos foi acordado um apoio – terapeuta ocupacional da UBS e psicólogas para **ensinar a paciente a preparar a comida saudável com seus recursos disponíveis em seu domicílio, e organizar uma dieta adequada com base nos recursos disponíveis.** A paciente não apresenta noção clara de abstrato e quantidades. Assim, percebemos uma necessidade da paciente de atos concretos – como ver a preparação dos alimentos para assimilar o processo. Percebemos que apenas ensinar a receita, processo abstrato, não é assimilado pela paciente.

Quanto ao suprimento de legumes e frutas, a ONG **ISA do Ceasa fornecerá uma cesta de legumes e frutas para 8 pessoas toda semana.** A paciente terá que ir até o CEASA pegar a cesta, uma vez que disse que não gostava de pegar a cesta de legumes que lhe era oferecida no bairro, por considerar o ato humilhante, e pretendemos desenvolver um maior protagonismo em

relação sua vida ao permitir o acesso a comida saudável através de seu próprio esforço. O presidente dessa organização conhecido pelo apelido de Mineiro concordou em disponibilizar os alimentos. **Telefone do mineiro: 32460233** – número comercial. Falar que a cesta de legumes e frutas faz parte do projeto da Unicamp e do prof. Nestor. A paciente refere que recebe 8 kg de peixes semanalmente de um conhecido do Ceasa, mas que se enjoa facilmente e os peixes ficam no congelador.

Conversar com a Suzi, assistente social do Vedruna, para discutir e viabilizar o **envolvimento da Taiana**. –filha da F., no desenvolvimento de cardápios variados a partir da alimentação recebida. A operacionalização, a parte de preparo dos alimentos ficará a cargo da **terapeuta ocupacional que tentará desenvolver as habilidades culinárias da F.**

**Informar a Suzi** que a Fabricia. receberá alimentos do Ceasa e acordar com ela a centralização dos recursos disponíveis – **gestão das cestas básicas + alimentos recebidos**. Fazer com que a Fabricia. entenda que tudo faz parte de um conjunto.

- **Exercício físico regular:**

Paciente realizará exercícios físicos de maneira indireta até outubro: irá trabalhar **entregando panfletos** das 7am às 5 pm.. Além disso, relata gostar bastante de **dançar forró**. Refere que vai todas as sextas e que dança até as 7am, considerando isso uma parte importante de sua rotina de exercícios físicos.

Refere que as voltas no campinho próximo a sua casa, sugeridas pelo grupo anterior, eram “muito chatas” e sentia-se entediada em realizá-las, por isso desistiu fácil da atividade física anteriormente

## **2- Social : Gestão dos recursos financeiros, alimentares e de pessoal disponíveis**

A assistente social do Vedruna – Suzi - concordou em **trabalhar com a paciente maneiras concretas de como administrar seu orçamento** – renda do governo e salário.

O objetivo principal é ensinar à paciente que é possível chegar ao fim do mês sem passar fome ou necessidade de produtos como gás/detergente, etc, e sem necessidade de “humilhar-se” (como ela mesma põe) para alcançar a sobrevivência.

**Informar a Suzi** que a Fabricia. receberá alimentos do Ceasa e acordar com ela a centralização dos recursos disponíveis – **gestão das cestas básicas + alimentos recebidos**. Fazer com que a Fabricia. entenda que tudo faz parte de um conjunto integrado.

**Devolutiva para Fabricia.** – Equipe de saúde da UBS + Suzi. Tentar fazer uma reunião conjunta para preparar uma devolutiva para a paciente F., definir quem ficará responsável por que parte do projeto terapêutico – especificações nesse projeto – e formar vínculos com a paciente.

O objetivo secundário seria organizar o orçamento para o dinheiro durar o mês todo, ser suficiente para pagar as contas da casa – telefone, prestação da casa, gás - ter alimentação com legumes e carne toda semana e produtos de limpeza para casa e higiene pessoal.

A assistente social Suzi visita a família semanalmente e apresenta intimidade com a família suficiente para permitir essa ajuda planejamento financeiro. Essa assistente social **também trabalha o desenvolvimento de responsabilidades maternas, protagonismo e diminuição do imediatismo na paciente.**

### **3- Psicológico: Ampliação da rede de apoio social e inserção na sociedade**

Paciente conseguiu um emprego temporário – entregar panfletos de candidatos políticos até outubro das 7am as 17 pm. Trata-se do 1º emprego da paciente, uma maneira de inseri-la pela primeira vez como atora dentro da sociedade (o dinheiro foi conseguido com seu próprio esforço, e não “dado” por alguém, logo, deve apresentar valor mais importante à paciente)

Paciente está freqüentando forró todas as sextas-feiras, uma maneira interessante de ampliar suas redes de apoio social.

### **4- Outros pontos que merecem destaque na vida da paciente atualmente: Kelvin.** filho

de 6anos da Fabricia. – apresenta linguagem falada infantilizada e inapropriada para

idade. Fato ainda é incentivado pela Fabricia. Tentar estabelecer uma ponte entre a diretora da creche onde criança fica e Dra. Maíra – pediatra.

- a- Taiana. – filha mais velha da F. – menstruou recentemente. F. está preocupada, pois a filha está “formada”. Estabelecendo uma relação com a história pregressa da paciente, nessa idade aproximadamente que a F. foi estuprada pela primeira vez.
- b- A mãe da cunhada – I. – está planejando com o marido construir um barracão na frente da casa da F., no mesmo lote. Conversar com Rosa- assistente social da UBS. Argumentar sobre perder os benefícios que recebe se mais pessoas estiverem no mesmo lote. Outra possibilidade é encaminhar I. para Cohab.

### **Objetivos a longo prazo:**

#### **1) Apoio psiquiátrico**

- Conseguir que paciente se vincule ao serviço de saúde mental do C.S. – psiquiatra. Foi tentada uma primeira aproximação, mas paciente mostrou-se relutante.

Estudos demonstram que, em pacientes que sofreram abuso sexual seguido de evolução à obesidade, a cirurgia bariátrica tende a falhar em alta porcentagem, se não houver acompanhamento de saúde mental adequado.

#### **2) Alfabetização**

– Atualmente, paciente encontra-se bem resistente quanto a isso.

#### **3) Inserção definitiva (ou pelo menos estável) no mercado de trabalho**

#### **4) Retorno ao Grupo de Orientação Multidisciplinar em Obesidade Mórbida e ao Serviço de Obesidade Severa / Pré-Operatório de Gastroplastia**

- O objetivo final seria a realização da cirurgia bariátrica, a qual se trata do “maior sonho” da paciente. É preciso reforçar à paciente que este trata-se de um grupo quase espartano, em que, se

não houver **disciplina**, com redução do peso entre as reuniões a paciente será sumariamente descartada novamente. - - O grupo não tem pretensões de agir como grupo de terapia em saúde mental. A paciente **precisa** manter acompanhamento em saúde mental no centro de origem, ou correrá risco de ver seus esforços esvaírem-se novamente.

**5) Desenvolvimento de maior senso de autonomia e de protagonismo**, que aliado à inserção no mercado de trabalho, deve contribuir para a redução da necessidade dos benefícios da ajuda de ONGs e governo.

#### AUTO-AVALIAÇÃO DO GRUPO:

- Enita – Gostou muito do projeto. Vai se policiar mais para reduzir ações assistencialistas.
- Elida – Repensar o projeto, participar das discussões é uma forma de alterar a concepção médica enraizada de sempre querer curar os pacientes e atrelar sua realização profissional a isso. Achou importante desenvolver a autonomia da paciente. É importante parar para pensar em casos complexos. “ Sucesso não é um produto, é um processo.
- Nestor – notou um amadurecimento significativo do projeto inicial
- Márcia- achou importante o processo dos alunos ampliarem a visão inicial sobre a paciente
- Isabelita - é importante ter um olhar multidisciplinar dos casos
- Cacau – “ emagrecimento social” busca de um equilíbrio que permita á paciente ter seu insight. Alunos conseguiram sair de suas zonas de conforto.

#### **Revisão bibliográfica**

Para melhor entendimento do caso, apresentamos revisão bibliográfica abaixo sobre o tema obesidade/ cirurgia bariátrica.

A obesidade é conceituada como o excesso de gordura, produzindo aumento do peso corporal acima do peso considerado ideal. É considerada, hoje, uma epidemia global e é uma das

mais importantes causas de morbimortalidade mundial. É uma doença que vem sendo investigada por estudiosos, em diversas partes do mundo, que avaliam conceitos e formas de tratamento. Atualmente o parâmetro clínico mais aceito, e recomendado pela OMS, para a classificação da obesidade é o índice de Massa Corpórea, o IMC, que é calculado dividindo o peso do indivíduo (kg) pela altura (m) ao quadrado e podemos chegar aos resultados no quadro 1 ,que também nos fornece o risco de doença observado em cada estrato.

**Quadro-1** Classificação do IMC e risco de doença para população adulta

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação	Obesidade	Risco
<18,5	Magreza	0	elevado
18,5 - 24	Normal	0	normal
25 - 29,9	Sobrepeso	I	elevado
30 -39,9	Obesidade	II	Muito elevado
>40	Obesidade mórbida	III	Muitíssimo elevado

Fonte:WHO

Estudos epidemiológicos demonstram que há uma tendência de crescimento preocupante. Nos Estados Unidos a prevalência de obesidade aumentou de 12,0% em 1991 para 17,9% em 1998, aumentando tanto em homens quanto em mulheres, em todos os estratos sociais e com maior aumento entre jovens e indivíduos com maior nível educacional. A magnitude do aumento variou por região estudada variando de 11,8% a 101,8%, o que nos mostra uma tendência de crescimento bastante expressiva. Calcula-se também que de 3 a 5% da população adulta dos EUA esteja morbidamente obes. No Brasil o senso do IBGE de 2003 demonstra que há 38,8 milhões (40,6%) de pessoas com mais de 20 anos apresentando excesso de peso, das quais 10,5 milhões são consideradas obesas. O excesso de peso afeta 41,1% dos homens e 40% das mulheres. A obesidade afeta 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas do país. Nos últimos 30 anos, duplicou o percentual de homens com excesso de peso (de 18,6% para 41%) e triplicou o de obesos (de 2,8 para 8,8%), O excesso de peso e a obesidade entre as mulheres cresceram 50% de 1974 a 2003.

A fisiopatologia da obesidade mórbida é mal compreendida. Continua o debate sobre os componentes genéticos versus ambientais relativos à doença. Há uma clara predisposição familiar; é

raro que um membro isolado da família apresente obesidade mórbida. O rápido aumento na obesidade de 1980 a 2003, enfatiza o considerável componente ambiental, que também contribui para o problema.

Entretanto, apesar da má compreensão da fisiopatologia, as observações resultantes de tratamentos desses indivíduos nos dão alguns indícios importantes. Está claro que o indivíduo gravemente obeso apresenta, em geral, fome persistente, a qual não é saciada por quantidades de alimentos que satisfazem não-obesos. Esta falta de saciedade, ou de manutenção dela, pode ser o mais importante fator isolado. A capacidade de ingerir grandes quantidades de alimentos está muito aumentada em obesos mórbidos. Outros alimentam-se por períodos prolongados do dia, geralmente no final, para aumentar a ingestão calórica, superando em muito as necessidades metabólicas. A compreensão científica básica dos papéis desempenhados por hormônios, peptídeos e outros fatores na saciedade é incompleta. A colecistocinina (CCK) e a grelina produzidas em grande parte na porção proximal do estômago pelo alimento, estão envolvidas na saciedade. Os níveis aumentados de grelina parecem produzir a ingestão alimentar aumentada. Os indivíduos que estão sob dietas hipocalóricas desenvolvem níveis aumentados de grelina. Os pacientes com influxo gástrico restringido, mas que permite que o alimento atravesse o estômago, apresentam níveis normais a elevados de grelina no período pós-operatório. Em contraste, os pacientes que se submetem a derivação gástrica, apresentam níveis pós-operatório suprimidos de grelina.

A obesidade mórbida é uma doença metabólica associada a inúmeros problemas clínicos. O problema mais frequente é a combinação de artrite e/ou doença articular degenerativa, presente em pelo menos em 50% dos pacientes que procuram a cirurgia para obesidade mórbida. A incidência de apnéia do sono. A asma está presente em mais de 25%, a hipertensão em mais de 30%, o diabetes em mais de 20% e o refluxo gastroesofágico em 20% a 30% dos pacientes. A incidência dessas condições aumenta com a duração da obesidade e com a idade.

Evidências convincentes foram encontradas de que a obesidade está relacionada a maiores índices de prevalência e de mortalidade no câncer colo-retal e de próstata em homens e no câncer de vesícula, cólon, endométrio, ovário e mama nas mulheres. A revisão de literatura sobre

disfunção cardíaca, problemas pulmonares, distúrbios obstétricos, dermatológicos, disfunções sociais e psicológicas, identificou várias correlações entre tais doenças e a obesidade. Outras doenças são frequentemente diagnosticadas nos pacientes obesos mórbidos, entre elas estão a síndrome de Pickwick, osteoartrite, doenças músculo-ligamentares, gota, colelitíase, doença hepática gordurosa de origem não alcoólica, incontinência urinária, enxaqueca, hérnias, lesões de pele, hipotireoidismo, infertilidade e síndrome do ovário policístico. Todas estas doenças têm algum tipo de benefício após a redução de peso. Outra condição bastante associada é a síndrome metabólica que inclui diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensão e tolerância prejudicada à insulina.

São inúmeros os problemas discriminatórios enfrentados pelos obesos em geral, mas particularmente os mórbidos, instalações públicas em relação a assentos, portas e instalações sanitárias geralmente impossibilitam o acesso desses indivíduos aos eventos realizados nesses ambientes. Por fim a combinação de baixa auto-estima, a frequente história de abuso sexual ou físico essas dificuldades sociais se combinam para criar uma incidência muito alta de depressão na população com obesidade mórbida.

Os tratamentos clínicos ou cirúrgicos para a obesidade têm o objetivo de atingir um peso saudável e não um peso ideal, proporcionando uma melhora no estado de saúde, considerando o indivíduo como um todo.

Abordagens não cirúrgicas para tratamento de obesidade mórbida incluem várias combinações de dietas de baixa a muito baixa calorias, modificação comportamental, exercícios e medicamentos. Juntamente com os métodos de redução de peso. Comorbidades como a hipertensão, dislipidemia e diabetes mellitus podem ser tratados pelos métodos clínicos usuais. Estudos publicados sobre abordagens médicas sobre o tratamento de obesidade incluem poucas informações em relação à eficácia em indivíduos clinicamente obesos mórbidos. A eficácia em potencial dessas abordagens em indivíduos com esse tipo de obesidade, pode ser inferida pelas evidências de sua eficácia em pessoas menos obesas. O tratamento não cirúrgico consiste em criar um déficit calórico suficiente para resultar em perda de peso e redução dos fatores de risco relacionado ao excesso de peso para as diferentes de

comorbidades. A quantidade de peso a ser perdido é definido caso a caso e não visa necessariamente à redução até o peso corporal ideal. Dietas de restrição de severa de calorias (DRSC) têm sido bastante pesquisadas e publicações indicam que há um sucesso expressivo no tratamento de obesidade.

A prática clínica com terapia medicamentosa para a obesidade mórbida são desapontadoras. Estudos com drogas anorexígenas sugerem benefícios em curto prazo, redução e manutenção do peso não foi comprovado a longo.

Os dados publicados sobre segurança e eficácia do tratamento clínico e cirúrgico para a perda de peso demonstram que a terapia cirúrgica pode ser oferecida para obesos mórbidos que não respondem ao tratamento clínico inicial. Como na maioria das vezes o tratamento clínico da obesidade mórbida é frustrante, a cirurgia bariátrica constitui, hoje, o tratamento mais eficaz desta doença.

Baseando-se nos consensos do NIH sobre a gravidade da obesidade mórbida e nos critérios de aplicação do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, a International Federation of Surgery of Obesity (IFSO) e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB) adotaram os seguintes critérios para a indicação da cirurgia bariátrica: grau de obesidade acentuado; resistência ao tratamento clínico; presença de doenças associadas; risco cirúrgico aceitável; capacidade do paciente de compreender as implicações da operação.

A indicação do tratamento cirúrgico para obesidade mórbida tem duas situações básicas: o paciente deve ser portador de obesidade crônica com IMC atual maior ou igual a  $40\text{kg/m}^2$ ; e se o IMC estiver entre  $35\text{kg/m}^2$  e  $40\text{kg/m}^2$ , deve haver alguma comorbidade associada, seja médica, psicológica ou de outra natureza, grave o suficiente para justificar os riscos da operação proposta.

Desde 1950, o cirurgião bariátrico tem buscado o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida mais seguro, eficiente e bem tolerado para os pacientes. A evolução dos conhecimentos da doença "obesidade mórbida" resultou em várias técnicas operatórias, propostas e experimentadas, utilizando diferentes conceitos fisiopatológicos. Não há nenhuma operação simples para o tratamento desta doença e não existe nenhum procedimento efetivo sem complicações.

As operações podem ser disabsortivas, restritivas ou mistas. As operações mistas podem ter um componente mais disabsortivo ou mais restritivo. As operações mais recomendadas para o

tratamento da obesidade mórbida são: a Derivação Gastrojejunal em Y-de-Roux com alça longa ou curta (Derivação Gástrica ou *Bypass* Gástrico ou *Gastric Bypass*); Gastroplastia Vertical com Banda de Polipropileno ou anel de Silastic® (Gastroplastia ou Gasíroplastia de Mason ou Operação de Mason ou Mason ou Gastroplastia Vertical com Banda ou *Vertical Banded Gastroplasty*); Derivação Biliopancreática com Gastrectomia Distal com a técnica de Scopinaro (Derivação Biliopancreática de Scopinaro ou Operação de Scopinaro ou Scopinaro ou *Biliopancreatic Diversion of Scopinaro*); Derivação Biliopancreática com Gastrectomia Vertical e Preservação do Píloro com a técnica de Hess e Marceau (Operação de *Duodenal Switch* ou Derivação Biliopancreática com *Duodenal Switch* ou *Duodenal Switch* ou *Biliopancreatic Diversion with Duodenal Switch*) e a Banda Gástrica Ajustável Laparoscópica (Banda ou Banda Gástrica Ajustável ou *Laparoscopic Adjustable Gastric Banding System*). Todas estas técnicas podem ser feitas por cirurgia convencional ou por videocirurgia.

Vários procedimentos não-malabsortivos e não-restritivos foram testados experimentalmente para o tratamento da obesidade mórbida, dentre eles está o marcapasso gástrico; porém, ainda não há subsídios suficientes para avaliar adequadamente os seus resultados.

Os pacientes que chegam ao consultório deverão ser bem informados de todas as possíveis técnicas para o tratamento da obesidade, bem como dos possíveis resultados, efeitos colaterais, das complicações e da mortalidade. É importante que os pacientes estejam conscientes de todas as alterações que sofrerão após a cirurgia bariátrica e devem auxiliar na escolha do tratamento mais adequado. Inúmeras alterações ocorrem nos pacientes após as operações bariátricas. Dependendo da técnica utilizada e das características de cada paciente, haverá diferentes respostas ao tratamento. A perda de peso, a melhora das condições clínicas e a melhora na qualidade de vida são alterações positivas e as complicações as re-operações e os óbitos são os fatores negativos relacionadas ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

Após as operações bariátricas, a perda de peso é maior no primeiro ano pós-operatório, diminuindo o ritmo de redução após este período, atingindo redução máxima entre 18 meses a 24 meses. O peso estabiliza-se geralmente após 24 meses. Re-ganho de peso geralmente ocorre entre o 3.0 ano e o 5.0 ano pósoperatório.

A resolução ou melhora das doenças preexistentes nos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade é fator importante para avaliação do sucesso dos procedimentos bariátricos. Reduções de peso de pequena a moderada quantidade podem aliviar as co-morbidades relacionadas à obesidade maciça, mesmo que estes pacientes permaneçam obesos. As alterações das co-morbidades do pré-operatório estão intimamente relacionadas ao tipo, número e gravidade das doenças preexistentes, ao IMC, à quantidade de peso perdido, ao princípio cirúrgico, à técnica operatória utilizada e ao tempo de seguimento pós-operatório. Após a operação bariátrica ocorre melhora ou resolução da dislipidemia, doenças cardíaco-vasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doenças musculoesqueléticas e osteo-articulares, apnéia do sono, asma, doença do refluxo gastroesofágico, distúrbios menstruais, infertilidade, incontinência urinária, alterações psicossociais, além de outras co-morbidades relacionadas ao excesso de peso, que também têm impactos positivos.

A qualidade de vida é influenciada por muitos fatores, incluindo psicológicos, físicos, relações com outras pessoas e com a sociedade.

As complicações podem ser transoperatórias e pós-operatórias precoces ou tardias e devem ser amplamente discutidas antes da operação. As complicações podem assumir inúmeros aspectos clínicos. É necessário apurado senso clínico para poder diagnosticá-las e tratá-las o mais breve possível. Quando não diagnosticadas e não tratadas adequadamente, podem comprometer os resultados pós-operatórios da redução de peso, melhora das co-morbidades e da qualidade de vida dos pacientes, elevando os índices de insucesso terapêutico, reoperações e óbitos.

As re-operações podem ser necessárias nos pacientes que continuam com índices anormais de peso, naqueles pacientes com co-morbidades antigas ou novas que justifiquem nova intervenção e ainda para o tratamento de complicações específicas de cada procedimento cirúrgico. As re-operações devem ser realizadas apenas quando todas as medidas conservadoras falharem na resolução da causa do insucesso terapêutico.

Óbitos após operações bariátricas ocorrem entre 0% a 5% dos pacientes. Quanto maior a experiência do cirurgião, menor é o índice de mortalidade nas operações bariátricas. As principais causas de óbitos são: embolismo pulmonar, fístula gastrointestinal, infarto do coração, suicídio, crise asmática, hemorragia digestiva, acidente vascular cerebral, trombose de aorta abdominal,

insuficiência vascular aguda, insuficiência respiratória aguda, fraturas, esplenomegalia e lesão hipóxica isquêmica cerebral.

### **1-Entrevista com Fabricia(paciente):**

#### **Como anda a sua vida?**

Nem muito boa ,nem muito ruim...eu acho que eu engordei essa semana,eu andei passando nervoso em casa,devido ás muitas dificuldades que eu estou passando;mas eu creio que eu vou emagrecer de novo.

Cheguei á emagrecer uns 12 Kgs,mas pelo corpo e pelas roupas que eu uso está tudo mais ou menos.

Acho que estou feliz,apesar de todos os problemas que eu tenho,eu sou uma pessoa feliz.

Estava namorando, hoje não estou mais, mas continuo feliz..continua tudo bem,mas tudo bem assim ..um dia meio ruim

#### **O que mudou de lá para cá?**

Fora que eu continuei fazendo regime..depois que eu terminei com o namorado eu fiquei triste e parei de sair,de dançar.. é só sair de casa para casa.

#### **E no Centro de Saúde?**

Só estou vindo hoje,ando com uma dor na barriga e estou procurando a Erica.

Você acompanha com a Elida? Sim,converso com ela,as vezes acabo chorando e assim vai...Com a Elida e a Dra Valéria eu reclamo dos meus problemas ,ela dá uns conselhos e assim vai indo.

#### **E o psicólogo?**

Agora não, desta vez não fui encaminhada.

## O que você entendeu dos seus problemas?

Eu consigo emagrecer sozinha, eu achava que era impossível emagrecer, mas, depois na minha cabeça eu comecei a fazer regime ,tomar mais líquido e parar de comer; aí eu **enxerguei que eu posso emagrecer sozinha.**

**Para emagrecer tem que melhorar a vida...** dá um acabamento na minha casa, fazer o meu muro, fazer uma área livre no quintal ..é o meu sonho. O meu sonho é ajeitar a minha casa, fora isto está tudo bem.

A Taiana está na escola e também está indo no Vedruna e o Kelvin está na creche meio período pela manhã e a ajuda dos alimentos do Ceasa vai dar uma ajuda boa.

## 2-Entrevista com a médica de referência – Élide

- 1) Para mim, o que foi mais marcante foi retomar um projeto terapêutico que já tinha sido feito, pensar o grupo técnico da Fabricia no primeiro momento que eu não participei, **acho importante por que é um caso que demanda, que chama a atenção, que mobilizou a equipe, é grave, demanda a equipe em vários aspectos.** Repensar foi importante, porque agente já tinha todo um investimento num PTS que melhorou o quadro clínico e a condição social, mas ela continuava demandando muito a equipe, mobilizando muito e **continuava sem conseguir lidar com ela.** Como médica generalista eu tinha um outro olhar para a Fabricia, um outro jeito de lidar com o caso dela, eu não estava conseguindo vincular a Fabricia com a minha clínica e o meu jeito de trabalhar com os pacientes, **tinha uma coisa paternalista, de entregar tudo na mão dela, ela esperava isso de mim e da equipe, eu não estava conseguindo lidar com isso.** E daí a proposta de repensar o PTS, um novo jeito de lidar com uma nova Fabricia, já melhorada, com alguma renda numa nova situação, para pensar a situação clínica, social e familiar dela, já que tudo isso mudou do primeiro PTS para agora. Nesse projeto, foi especificamente a primeira vez que agente parou para refazer o PTS, que tinha sido feito intensamente na primeira vez. **Foi a primeira vez que refizemos o PTS de uma paciente.**

- 2) Este projeto, na minha atual fase de trabalho, repensar o PTS da Fabricia, trouxe de aprendizado como concretizar: quanto menos paternalista agente é, **quanto mais agente consegue encontrar no indivíduo, no paciente, o que ele tem de adulto e de maduro, aquilo que pode ser resgatado de auto-cuidado** nele, agente consegue vincular melhor o paciente ao PTS, porque uma coisa que me chama a atenção é que quando agente monta PTS naquilo que agente acredita que possa ser melhor para o paciente.
- 3) Como ganho ,o que **vem com o PTS, já reestruturar a assistência social, o acesso a alimentos saudáveis, conseguir o filho pequeno no período contra-lateral da escola, estruturar uma idéia de trabalho, a estrutura familiar dela que melhorou**, enfim acho que tudo isso é consequência dela ser vista como um indivíduo adulto, responsável e capaz de identificar e dar conta da demanda dela.
- 4) Como você enxerga os alunos de medicina fazendo este PTS? Bacana, bem legal que eles vejam na prática uma dinâmica diferente de um **conceito viciado de cuidado, o conceito que eu identifico uma doença e prescrevo um tratamento medicamentoso**. Então quando agente constrói um projeto terapêutico eles estão vivendo um jeito diferente de cuidar, é importante, ele me ajudam e eu sempre brinco “vocês vão me fazer uma anamnese que agente não faz”, porque de fato, eles têm tempo e estão muito mais treinados para isso, eles estão na academia ainda.
- 5) **Agente amplia a nossa clínica e o nosso olhar**, o paciente não responde, não adere. Para a Fabricia, especificamente, que é uma pessoa muito espontânea em algumas situações e consegue ditar o que ela está achando e sentindo, mas em outras situações concorda com tudo, e não se expõe. Quando você consegue vincular esta primeira resposta de espontaneidade ao que você propõe, eu acho que a coisa tende a funcionar melhor, o PTS. Este **PTS me ensinou muito isso, na verdade concretizou isso para mim, que é importante vincular o que o paciente tem de maduro, tem de adulto, tem de capacidade de cuidar de si mesmo**. E que funcionar como mãe, pai ou cuidador nos pode atrapalhar, ao invés de ajudar, para ela nesta situação.
- 6)
- 7) O que você enxerga de ganhos para a Fabricia?  
Se ver ajudada e respeitada num espaço de adultos acho que é a primeira vez que ela é vista como um indivíduo adulto... Ela sempre foi vista como uma adolescente crescida., uma criança grande e carente que não teve estrutura familiar, ser vista como adulta e como mãe foi bem bacana. Na verdade, **eu fico um pouco constrangida porque o espaço de imaginação quando você esta na**

**graduação é muito maior que o raio de ação de quem está na prática**, então as vezes este embate entre o que é possível imaginário e o que se pode fazer, pode dar impressão que o serviço está de má vontade ou que agente não quis fazer, as vezes eu fico meio constrangida, eu não sei eles de fato ficam com essa impressão ou se é só um constrangimento meu, de não poder fazer tudo o que eu gostaria que fosse feito, um certo resíduo daquele “furor curantis” do ponto de vista da clínica ampliada, de querer fazer tudo. Eu acho bem bacana, viver essas coisas é que pode concretizar alguma idéia para eles de um jeito diferente de cuidar, não faz muito tempo que eu fiz uma graduação bem limitante.

**A minha formação enquanto médica foi muito limitante, porque eu fiz a minha formação numa escola federal que o currículo era no modelo antigo flexneriano. Então eu tive um ano de internato só, as minhas práticas foram sempre reduzidas e especializadas.**

Eu acho que este espaço que eles têm é bem bacana, porque do ponto de vista da especialidade, do hospital e da saúde pública eles têm um espaço muito maior, e isso vale a pena, **e forma médicos melhores.**

Mas só isso não garante que o embate político que precisa ser feito entre a saúde pública e a saúde privada, e o mercado na saúde, que este currículo garanta isso, esse embate é muito mais cruel.

5) Como você enxerga esta inserção dos alunos nos serviços do Centro de Saúde?

Isto eu acho que agente poderia melhorar muito, porque os alunos vão fazer os Projetos Terapêuticos, então o contato com a equipe acontece ali, enquanto eles discutem o caso com os membros da equipe, às vezes agente tem que trazer à laço os auxiliares de enfermagem e as pessoas que estão menos envolvidas diretamente com aquele paciente, como **nós temos um modelo médico-contratado**, no máximo um enfermeiro ou um agente de saúde, é muito difícil reunir e discutir aquele caso com a equipe toda, então quando os alunos chegam, essa **equipe se sente meio invadida, um incomodo, de ter um trabalho demandado, ou mexer em alguma coisa que nos incomoda muito porque os alunos da Unicamp estão aqui.**

Que vem sendo trabalhado, vai sendo trabalhado e quando os projetos terapêuticos dão certo, e no sentido dos pacientes melhorarem, este problema vai sendo superado, mas que na chegada dos alunos e agente vai discutir um caso de fulano, este incomodo acontece, pois os **médicos trabalham em espaços individuais, então isso incomoda!** Mas quem trabalha em espaços

coletivos se sente meio invadido e perturbado. Temos que pensar em fatos de integrar melhor os alunos.

Neste caso da Fabricia, este projeto superou isto, os profissionais ficaram bem satisfeitos em **refazer o caso dela porque é um outro incomodo que acontece, de aparencia onde o projeto terapêutico fica bem bonito, mas é pouco implementado, a realidade do paciente muda pouco, e aí vem a crítica mais pertinente e freqüente: adianta muito os alunos virem aqui, pensarem coisas mirabolantes que não são aplicáveis, quando isso não acontece fica muito mais confortável a presença dos alunos.**

Você acha que este incômodo é pelo fato de ser um olhar externo, que vai interferir nas práticas nos profissionais?

Todas as vezes que eu ouço essas críticas elas têm muito um desenho tipo “o pessoal da Unicamp têm idéias mirabolantes, mas na hora de fazer quem faz é agente!”.

**Que é mais ou menos aquele constrangimento tipo, eu fico um pouco constrangida porque entre o do que se imagina e o que é possível e o que pode ser feito tem uma distancia incrível, então as pessoas se sentem julgadas e responsáveis por não poderem colocar na prática tudo aquilo e aí acham que a culpa é deles,** então preciso justificar, talvez seja uma coisa de julgamento.

Tem uma idéia preconcebida de todo mundo que o serviço público de saúde é ruim, então aquelas pessoas que estão ali, eles se sentem num espaço ruim, de profissionais incompetentes de serviços incompetentes, de coisas que não mudam e que não andam.

É muito difícil ver gestos e ser vista como pessoa competente num serviço eficiente, e para muitos profissionais é um pouco isso, se você não se sente bem no espaço que você está você não quer receber convidado, as vezes você está sendo obrigado a receber convidado e estar se sentindo mal.

É mais uma coisa de auto-estima do serviço do que ser julgado, nós temos um conflito diário com outras esferas de saúde, com a rede de saúde, por exemplo: no encaminhamento de pacientes em que a unidade básica de saúde se sente duramente, muitas vezes é duramente criticada por não ser acreditada, então se desacredita do encaminhamento porque se desacredita da competência, das atividades e capacidade de atenção básica.

6) Você acha que os Projetos Terapêuticos mudam a relação deles com o CS?

Sem dúvida estes **pacientes são mais bem cuidados**, principalmente os pacientes que têm uma melhor resposta, que de fato o melhor cuidado tem melhor resultado, esses pacientes acreditam mais na equipe e que tem melhor vínculo, **certamente isto muda a relação, esta relação de auto-estima de ambos os lados, o paciente está melhor com ele, a equipe está mais satisfeita com o seu trabalho e com a sua imagem projetada para o paciente, certamente isto funciona muito bem**, todos os pacientes que nós temos acolhido em projetos terapêuticos singulares, ou que a gente tem pensado em outros espaços, seja no curso de clínica ampliada, ou casos em outras equipes, agente se sente em relação daquilo, o que agente poderia fazer a nossa relação muda com eles, só de pensar em fazer melhor isso já melhora, aí melhora a resposta clínica, melhora a relação, porque **na atenção básica os pacientes são sempre nossos (tem esta característica), eles vão estar sempre ali, investir na relação é sempre terapêutico e aí construir um projeto terapêutico vai implicar nisso, vai reconstruir ou reconfigurar a relação com estes pacientes, com a Fabricia funciona bem**, sempre é bem bacana.

Logo depois que vocês saíram que o projeto /contato com ele terminou, ela fez um super investimento nos cabelos, cabelos compridos, transados, ficou bonitona, ela falou que está numa nova fase. É bem bonito! É bacana, a idéia de estudar, de pensar esses projetos juntos.

### **3-Entrevista com Enita :agente comunitário (Caso de Fabricia.):**

#### **O que você percebeu e qual foi o significado do projeto terapêutico para você?**

Então quando eu conheci a Fabricia,por volta de 2003-2004 ,fomos fazer o cadastro na cãs, foi por conta de uma reunião de equipe aonde foi discutida o caso dela .

Então a Fabricia,passou á ter o nosso olhar , o **olhar da saúde mais ampliado** para a vida dela, a preocupação com a obesidade...

Toda a equipe sensibilizou se muito com o caso dela, com **a questão social** e situação socioeconômica precária, então o caso dela foi para discussão na intersetorial.

É de muita importância, o projeto terapêutico, através das conversas e com a ajuda do pessoal da Unicamp, foi montado o primeiro projeto terapêutico para cuidar da Fabricia, de fazer os encaminhamentos para a assistência social e de ver realmente o que ela precisava.

O que eu vejo do projeto e que **é muito significativo para a gente, é de fato conhecer melhor a paciente, a família e o entorno dela.**

A gente não conhece só ela, mas as causas, por que a paciente é daquele jeito **e ela não tem só esse problema de obesidade mórbida, tem todas as questões sociais.., a auto estima era bem baixa** e pensando assim, condutas ligadas com este outro olhar; para ir somando com a gente, abrir mais a visão, a partir do conhecimento de vocês a gente percebe as coisas de outra maneira; eu principalmente né! A gente acaba entendendo melhor aquilo, a gente tem que pensar e com as demais pessoas comentando, poxa vida realmente a gente pode ver a coisa para o outro lado.

Eu achei muito importante, para a vida dela foi bom e pra gente também foi bom.

Por que assim, vai indo, vai indo chega uma hora que a gente desanima um pouco; investindo, investindo e chega uma hora que a gente não consegue um resultado imediato; poxa isto me ajudou a entender ..eu queria mesmo uma solução rápida tanto da parte dela como da nossa ;mas depois a gente vai vendo que não é assim, é devagar mesmo, a gente tem que ficar participando.

A gente tem um pouco mais de força e vontade de trabalhar com aquela pessoa; esses dias eu vi a Fabricia magra no meu sonho, nossa que bom! Fiquei tão contente ela com uma calça preta, **quero demais que consiga emagrecer e resolver as questões sociais**, eu tenho este objetivo, vamos dizer assim quero que tudo de bom aconteça com a Fernanda, eu e ela temos um vínculo bom, gosto muito dela ,do pai dela pois com o tempo a gente vai fazendo um vínculo enorme.

**O que é legal, ajudar a construir um Projeto Terapêutico?**  
**O que é bom?**

Acho tudo de bom, com o PTS a gente passa a conhecer melhor o paciente, né? Eu no caso, para mim **o projeto foi bom, você tem aquele outro olhar, eu adquiri conhecimento através das reuniões com os alunos, professores eu aprendo, eu aprendo..**

Eu tenho dentro de mim, a minha parte como agente comunitário de fazer a visita domiciliar, eu como agente comunitário de fazer a visita domiciliar, eu como agente comunitário preciso ter aquele olhar ampliado, mesmo quando eu vou fazer um cadastro a gente tem que ter este olhar.

**Na primeira visita, você não vai falar você tem isso ou aquilo, você precisa ter noção como falar, ouvir e observar; e no projeto você tem também.. vamos dizer assim, mais um argumento para ir na casa da pessoa, ela se abre mais e ela está participando.**

**Acho que é importante a confiança, ele se abre e conta bastante da vida pessoal dele,** isto ajuda muito a gente se envolver com o projeto, eu fico contente o projeto para mim é uma coisa super bacana, a gente não consegue fazer com todos mas com quem a gente consegue muito bom. É bom para a gente e bom para o paciente pois a gente adquire muita experiência.

**Quando os alunos fazem a devolutiva para a equipe, o que você acha que marca mais?**

O que mais marca é o **envolvimento dos alunos**, eles são super empenhados naquilo que estão fazendo e dão uma devolutiva muito real da situação e quando a gente confronta com o que a gente vê e com o que os alunos vêem, muitas coisas na mesma linha e muitas diferentes, eles trazem coisas novas, novas possibilidades ou até a gente já fez aquilo só que de um jeito diferente.

E acho bacana o trabalho com eles, traz um conhecimento que eu acho muito bom, mas a parte que é legal **eles são envolvidos e passam isto para a gente: que tem vontade de ver que as coisas aconteçam e trazem tantas oportunidades para a gente não fazer as coisas sozinhos, né?**

E assim passar umas coisas muito positivas de fazer as coisas juntos, eu penso que eles esperam que a gente dê continuidade e até retorno depois, é muito bacana.

**O que foi mais marcante neste caso?**

Neste caso da Fabricia o que foi mais marcante foi assim um outro olhar que eu tive, como a gente está retomando é novo olhar que eu tive! A gente já fez isso, poxa vida será que vai dar certo?

Então veio quase que a mesma proposta, mas de um jeito diferente, eu achei muito interessante a discussão na devolutiva, um jeito diferente.. agora eu quero demais que dê certo mesmo, não desfazendo das outras equipes **mas reformulando: as mesmas questões que trabalhamos de forma diferente, isto abre é bacana.**

Como você vê os alunos tendo este tipo de experiência, na formação deles?

**Eu acho muito importante ,contribui muito para formação deles ,eles vem até a comunidade,vão até a casa dos paciente,vê a realidade, eles tem a teoria:daqui um tempo eles vão olhar o paciente,estar diante dele e penso que eles já vão perceber a realidade do paciente e o que envolve a família dele.**

Para eles contribuem muito, **eles aprendem bastante com a gente, com a realidade da gente o que eu acho muito importante; a universidade dá esta oportunidade, outras não são assim não são todas as universidades que tem isso , visitarem as casas isto faz muita diferença.**

Você olha os alunos, não é?o que eu fiquei super impressionada ,eu tive um tempo com os alunos,**foi o humanismo dos alunos,dá para perceber quando os alunos não fazem por fazer,apenas para ganhar nota,né?é bem legal.**

O que é mais difícil para os alunos é o que depende da gente para fazer, às vezes o paciente é uma coisa minha,mas difícil para a gente é não cumprir com as expectativas dos pacientes em relação aos outros profissionais.

**O que é mais difícil?**

O que é mais difícil para a gente é não cumprir com as expectativas dos pacientes em relação aos outros profissionais, não é abandono, **a gente tem bem claro que vocês vem pra dar um suporte e pra nos ajudar e a gente dá continuidade dentro do que a gente pode.** A gente encontra sim a falta da equipe que no momento está atendendo, a gente tem que explicar, não chega a ser uma dificuldade, dá para a gente contornar depois que a gente tem clareza disso, cabe a gente fazer o que a gente tem que fazer, então a gente deixa isto bem claro para o paciente.

Outra coisa que eu acho importante, o que e depois dá vocês fazerem é acompanhar os outros grupos, tem um outro grupo que depois de encerrado o projeto continuou fazendo visita na Fabricia.

Na devolutiva **Eu, a Elida e a equipe temos um compromisso com a Fabricia,** a gente assume aquilo de seguir em frete com a Fabricia.

### **Fazer o projeto é diferente do dia-dia?**

E diferente mesmo, de uma visita que agente faz para levar um encaminhamento ou uma convocação, e aí agora a gente tem que reservar um tempo mais para ela, pra ver como ela está indo, pro que assim a gente discute o caso ainda mais quando a gente monta um projeto. **Tem um objetivo final, você quer que ela adere ao tratamento, que ela melhore com o Projeto Terapêutico, você tem que ir mais vezes na casa, firma mais um compromisso, é uma responsabilidade de estar mais com ela.**

### **Deixa mais claro os objetivos?**

Sim, você vai vendo como lê está e você tem um objetivo, né? Você quer ver aquilo, né? Não que a gente vá para resolver o problema dela, você vai alternando pra depois falar, poxa vida a gente fez um projeto para ela, se adequou para dar certo para ela, que legal olha o resultado aqui,, sem o projeto não você discute o caso mas não tem aquele seguimento, não sabe se a pessoa alcançou o objetivo, se melhorou, pro que você não está ali muito em contacto, então o projeto é muito

isso,não é cuidar,monitorar é solucionar um problema;embora nós não vamos resolver a questão social dela,dentro das possibilidades e com a visão que ela tem.

Tem muito disso, às vezes a gente quer, mas ela tem toda uma realidade, mas ela não vai fazer o que a gente quer, ela vai fazer o que ela entende, o que é bom par ela, ajuda muito o paciente á situar no problema dela.

Principalmente, a F. uma paciente que tem suas dificuldades e seus problemas, como qualquer outra pessoa, ela tem o jeitinho dela, né?

**De se virar na vida e tocar a vida, mas ela tem também propostas ,ela precisa de uma autonomia para seguir o caminho dela sozinha ,ela lidando deixa muito as coisas escaparem por falta de conhecimento.**

Quando você passa isso para ela e u acho que ela assimila um pouco,ela verbaliza isso. Tenho que agradecer ,eu aprendi e gostei muito deste projeto, a gente teve a oportunidade de ter vocês ,são profissionais excelentes e é tudo de bom para a gente.

**O que você acha que mudou com a vinda dos alunos e a gente para o Centro de saúde?**

Mudou para melhor, foi muito **diferente para a gente, dá aquele ânimo e estímulo para a gente,dá mais motivação para continuar fazendo o que a gente está fazendo que a gente não se sente assim sozinho temos apoio e a rede está nos apoiando!**

Vocês aqui são tudo de bom, vocês vêm com o saber de vocês e agente tem o saber da equipe, a gente e vocês aprendem e eu acho que ao final disso, é que é bom para o paciente, a gente faz em prol do paciente, melhora muito dá aquele gás, é bacana vocês estarem aqui.

Por min, eu quero que vocês continuem e parta para outra e tocar para frente, é um desafio mesmo....espero que vocês continuem com a gente.

#### **4-ENTREVISTA COM O ALUNO - PROJETO TERAPEUTICO de Fabricia.**

1- O que foi marcante para você nesse projeto terapêutico?

Eu acho que, no começo, a proposta do jeito que foi feita, parecia bem igual ao que a gente já tinha feito nos outros anos, aí ficou chato. Porque nos outros anos a gente não podia fazer nada para realmente ajudar as pessoas, a gente acabava desenvolvendo projetos para um número maior de pessoas e esses projetos não tinham nenhum alcance num nível pessoal, ficavam muito num nível muito abrangente, e as pessoas não se viam envolvidas. Com a Fabricia, como tinham muitas pessoas trabalhando e a gente tinha um só paciente, foi possível desenvolver um cuidado mais individual. Também porque nos outros lugares (primeiro ano, Centro de Saúde Campo Belo) o posto de saúde não tinha nem médico. Então, a rede de apoio pública é muito deficitária. Agora, no nosso caso, a rede de apoio foi bem importante, e ela estava razoavelmente estruturada. Então, vários fatores contribuíram para que o projeto fosse mais eficaz. No enfoque dos primeiros anos, a gente começa a desenvolver projetos para várias pessoas, e este agora foi individual. **Acho que foi bem importante, uma mudança bem significativa. Isto foi o mais importante, a estrutura do centro de saúde, o envolvimento da equipe, porque geralmente as equipes dos centros de saúde nos viam como intrusos, parecia que nós estávamos atrapalhando o serviço deles. No centro de saúde de São Marcos, a equipe me pareceu bem mais coesa e receptiva para as contribuições que nós poderíamos dar.** E na parte pessoal, eu me senti muito mais motivado, tendo esse amplo espectro de ajuda para desenvolver um projeto. Porque como a Elida, médica do centro de saúde, tinha falado, a gente trabalha muito com o sucesso. No quarto ano quando eu fiquei no centro de saúde de Barão Geraldo, onde atendíamos **pacientes que em sua maioria eram idosos e patologias crônicas, se você olhar a medicina sob essa perspectiva de sucesso, é meio frustrante, porque nas doenças crônicas, você precisa mudar as pessoas e os seus hábitos,** e as pessoas não são muito colaborativas nas mudanças de hábito, e o tratamento, então, não vai muito bem. Daí, eu achei muito importante a colocação da Erica, que a gente não deveria focar no sucesso, e sim na construção do projeto, na metodologia. **Então, tive uma parte de crescimento pessoal, e até de realização pessoal, desenvolvendo um projeto que realmente possa ficar. Teve uma parte do projeto que por mais que nos outros anos a gente tenha visto pobreza, a gente nunca tinha entrado na vida de uma pessoa, para ver realmente o que ela comia, como ela morava, a gente sempre fazia**

**visita de no máximo um dia, e olhava as coisas bem superficialmente. Nunca tratávamos das relações pessoais e de traumas passados, foi um pouco chocante.** Antes agente via que existia uma pobreza, mas era mais difícil de envolver com ela, porque como você faz uma visita de um dia só, eu saio daqui e vou pro shopping, e já esqueci tudo. Mas quando você está trabalhando num projeto, tentando desenvolver um método, que auxilia a pessoa a melhorar a própria condição de vida, você acaba ficando um pouco mais envolvido. Porque nos primeiros anos, nós saíamos com a impressão de que os programas de especialistas do centro de saúde não tinham finalidade nenhuma, eles não iriam alterar a vida de ninguém, eram apenas despesas do governo, só que sem retribuição para a sociedade, porque as pessoas continuariam miseráveis e excluídas do mercado de trabalho, não poderiam gerar riqueza alguma para a sociedade e não ajudariam no crescimento desta. E de certa forma, geraria uma acomodação. Aí nós fomos vendo que é possível mobilizá-los um pouco, e que os programas de governo podem ser um pouco mais efetivos nesta parte. Aquela visão de classe média que os MSTs só querem tomar a propriedade privada, e que os programas de especialistas do governo dão o peixe ao invés de ensinar a pescar. Aí você tendo um pouco mais de contato a fundo com a família, você acaba percebendo que é importante para as pessoas a possibilidade de que elas mandem os filhos às escolas, ao invés de ficar pedindo esmolas no semáforo. Apesar das perspectivas deles serem um pouco limitadas, já evidencia um pouco de progresso em relação às gerações anteriores. **Eu também gostei bastante do envolvimento das ONGs, a mais efetiva que nós vimos, foi a do CEASA, uma ONG que controla a distribuição dos alimentos, e que parece ser bem organizada.** As outras ficaram bem assistencialistas, e os objetivos que ela se propõe não sei se são alcançados. Mas nós tivemos uma visita muito superficial, não dá para analisar muito. A ONG do CEASA se propunha a um objetivo que ela consegue cumprir, mesmo porque, o objetivo desta era mais pontual, eles controlavam o fornecimento e a distribuição de uma coisa palpável, a comida. As outras ONGs trabalham com a construção de personalidade, um trabalho bem mais longo, e com certeza mais difícil. Não sei se dá para comparar, mas em relação ao objetivo delas, eu achei que a ONG da CEASA mostrou que alguma ONG pode dar certo.

2) O que foi importante e quais foram os significados para você nesse projeto terapêutico?

Eu achei bem interessante, porque eu gosto da gestão da saúde pública (eu estava meio descontente e desanimado com a forma de trabalho do SUS), peguei para mim o que acho que foi mais na motivação pessoal, mesmo, o projeto deu uma revigorada, uma motivação mostrando que ainda tem muita coisa para fazer, e que é possível melhorar e articular melhor o setor, a rede, o 3º setor e as ONGs, e dentro dos postos mesmo, um papel diferente (porque onde a gente tinha trabalhado até agora, os postos de saúde, restringia-se a medicar os pacientes). **Eu nunca tinha visto nenhum médico ou profissional e envolver um pouco mais com a vida do paciente, e tentar resolver um pouco mais a vida do paciente, apontar algumas medidas que tentassem melhorar o ser como um todo, e não apenas a doença. Acabava que a gente vivia uma contradição tremenda, porque aqui na preventiva eles enfatizam bastante o ser bio-psico-social, a gente vai no HC e a gente não vê nada disso, a gente vai no posto de saúde e não vê nada disso, aí a gente fala "acho que isso não existe, não tem jeito, é impraticável". Este projeto mostrou que é possível a gente fazer (claro que não é com todos os pacientes, pois a gente não tem tempo nem recurso) de vem em quando, a gente fazer um projeto terapêutico que realmente veja a pessoa como um todo. Foi pra mim, mais isso o significado mesmo.**

3)O que você acha que foi mais importante para Fabricia (para o paciente)?

4)Como você analisa essa disciplina em relação as outras disciplinas do curso de graduação?

**Nas disciplinas da preventiva os professores dão um pouco mais de espaço para a gente, nas outras disciplinas, a gente fala e, geralmente, os professores não gostam, então, acaba tudo ficando do modo deles. Aqui não, no começo, nossas angústias foram expostas, e os professores tentaram conversar e chegar num ponto comum, que fosse possível tanto atingir as nossas expectativas quanto a dos professores. Aí eu achei isso bem interessante, pois na graduação nós não estamos acostumados com isso, sempre são aquelas aulas e explicações muito teóricas e muito distantes da realidade. Aqui, nesta disciplina, não. Foi possível aproximar um pouco o conteúdo que nós estávamos estudando da aplicação prática dele. Geralmente, existe um gap entre o que o professor fala e a aplicação real, na realidade. Neste gap, nós é que temos que fazer o link, nós é que temos que ligar. Então, no começo, você**

**chega e acaba de ter uma aula teórica ótima sobre o tema, e aí você chega, um paciente está na sua frente, e aí você não sabe nada.** Eu achei bem importante essa prova que a gente tem treinando para o exame de residência. chegou lá o paciente, a gente tem a teoria toda mas na hora de conversar e fazer as perguntas certas, isso é que fica um pouco distante, é por falta de experiência da gente, mas os professores poderiam tentar ajudar, mais também na visão humanizada do estudante de medicina, não só do paciente, **porque os professores acham que nós só temos as disciplinas deles para estudar, a nossa carga horária é meio pesada, fica complicado, não sobra muito tempo, e a gente fica meio estressado.** Foi legal **uma disciplina que nós pudéssemos nos expressar, desenvolver uma forma que a gente achava que fosse ser mais produtiva para a gente e para o paciente.** É que eu gosto bastante do Adam Smith, que fala que as pessoas só fazem o bem para as outras depois de fazer o bem para ela mesma (a mão invisível que conduz a economia), eu tenho muito essa filosofia para a minha vida. Se você tiver que fazer uma coisa onde você está vendo um objetivo e que seja bom para você, inevitavelmente será bom pras outras pessoas. Agora se você ficar na tentativa de ajudar os outros, e esquecer o que estava te orientando, você pode ficar meio perdido. Isso é o que falta muito na graduação, pois os professores falam pra a gente fazer, e eles não fazem. **Uma norma de conduta que é exigida, e a gente não vêem. Fica muito distante a teoria da prática. Nesse módulo dessa disciplina, deu para a gente colocar as nossas angústias no começo, tanto é que os meninos do grupo ficaram muito bravos comigo, e aí o meu conceito despenca, e o conceito do grupo despenca também. Mas aí depois, como a disciplina foi conduzida eles tentaram falar ...**

**Mas é isso, a diferença principal foi o espaço que vocês deram para a gente expressar o que a gente estava esperando aprender e desenvolver, mesmo, com o projeto, pois a gente não tem isso na faculdade, a gente não tem espaço nenhum na faculdade, quase tudo o que a gente fala o professor já está esperando com uma norma de conduta da gente, até nas aulas de ética, que teoricamente eles deveriam aceitar todas as opiniões, se você escrever na prova uma opinião que é diferente da do professor, ele não vai dar nota boa, mesmo que seja bem argumentada. Eu não sei, eu não acho que os nossos professores estejam preparados para lidar com expectativas diferentes das deles, ou com condutas diferentes das deles, tanto é**

que no pronto socorro o atendimento fica na mão dos residentes, e tem muita coisa que os docentes falam e os residentes não fazem nada daquilo, "eles falam ele não atende há vinte anos e fica dando pitaco aqui, ficam só na teoria". Tem essa distância muito grande, até dos pesquisadores nas aulas, as aulas são muito pouco didáticas, a gente dorme, e tanto é que o pessoal gosta de estudar pelo med curso que é bem o estilo do terceiro ano, o professor já dá um raciocínio e você aprofunda um pouco pela teoria. Não sei se é pela forma do ensino educacional brasileiro, desde a base, que a gente está acostumada a receber as coisas, e nunca participar mais ativamente. Assim, a postura nossa é muito passiva, a gente ficou muito mal acostumado. E aí chega na faculdade, os professores mesmos, ninguém deixa falar do med curso, perde nota se falar, tem que estudar aquela literatura extensa, 1000 páginas cada um, fica aquela coisa que a gente fala que faz, mas não faz na realidade. A gente vai construindo uma hipocrisia. Aqui na faculdade a gente vai aperfeiçoando o método do que fala que faz, ao invés de realmente fazer, na realidade. Isso é um dos motivos pelo qual eu não pretendo seguir a minha carreira de médico, pretendo ser planejador de saúde pública ou embaixador. Eu achava que a medicina fosse uma das carreiras mais liberal, você é um profissional autônomo, você poderia ter um pouco mais de liberdade para desenvolver as coisas da sua forma, tanto no modo de você se aproximar dos pacientes; porque nas nossas avaliações, a gente acaba tendo que aprender o que o professor quer da gente, para tirar uma nota boa. Tem professor que a gente chega faz duas perguntas e chega logo nas hipóteses de diagnóstico, e o professor fala está ótimo, porque você foi sucinto e rápido. O atendimento no SUS é em 15 minutos, tem que ser assim. Tem outro que você chega e tem que fazer uma história super completa, e você têm que ver todas as questões dos pacientes. A gente acaba se modelando às expectativas dos outros, e as nossas expectativas vão cada vez mais sendo abandonadas. Aí eu acho que a escola de medicina foi um ótimo aprendizado político, então, **percebi uma coisa, eu tenho a impressão que boa parte dos nossos professores são frustrados, eles não parecem estar fazendo aquilo que eles amam, alguns poucos talvez.** Eu gosto bastante da preventiva, tem coffee break, tá todo mundo rindo, os professores são bem humorados na maior parte do tempo, é alguns dos poucos lugares da faculdade, assim que você encontra aqueles professores

que são espelho para você, referência para você. Eu trabalho com figuras de referência na minha vida, eu tenho uma dificuldade tremenda de encontrar esses profissionais bem resolvidos. Eu passei na pediatria que é um horror, a gente ouve os professores falando: tem professor que falou para a gente que o maior arrependimento da vida dele foi ter feito pediatria, os amigos dele, que se formaram com ele estão todos ricos, e ele não tem nada. Fica uma sensação de frustração. O exemplo que eles passam para a gente é que se você não tiver a sua casa de luxo e uma BMW, você é um fracassado profissionalmente. É uma pressão da classe, você tem que trabalhar, trabalhar, trabalhar, ter uma casa na praia, morar em condomínio fechado, ter um carro importado, se não a sua classe não vai te ver, você vai ser sempre de segunda categoria. **Tanto é que na minha turma nós somos meio racionais, ninguém está escolhendo as especialidades que estão em baixa no mercado, está todo mundo já começando a se preparar no med curso, porque eles querem as especialidades que estão em alta no mercado, dermató, otorrino, etc.** Aí eu acho que as gerações são muito diferentes. A tecnologia da informação está influenciando muito a sociedade, e o gap entre os nossos pais e a gente é muito grande. Tanto as expectativas em relação ao futuro, como em relação a vida pessoal.

**Eu acho que a gente deveria discutir um pouco mais para aproximar as expectativas dos alunos e dos professores. Uma coisa que a faculdade está criticando muito são os trotes, mas os trotes só refletem a estrutura de funcionamento da faculdade, que é extremamente hierárquica. Você não pode chegar num professor e falar que discorda dele, de forma alguma, nunca na vida. Aí parece muita hipocrisia. Vocês não podem jogar cerveja na cabeça do calouro, porque não existe hierarquia na faculdade.** É um conjunto de contradições. Porque a qualidade acadêmica da faculdade é muito boa, o perfil do aluno também é muito bom, são os melhores alunos das classes dos colégios, pois passar no vestibular é muito difícil. Então, acaba nessa desmotivação coletiva, esse desencontro de expectativas, você vê os professores falando uma coisa e fazendo outra. Academicamente é todo mundo muito bom. **Os professores criticam muito o House, mas têm muitos que são igualzinho, meu deus o que vou fazer da minha vida?** Essas contradições é que acaba desmotivando a gente. A visão que os professores passam da rede pública é muito negativa. O Prof. Dr. Nucci da fãrmaco, segundo ano,

professor também da USP, fica martelando na nossa cabeça, falando que a Unicamp tem um perfil muito humanista, vocês deveriam ser igual a USP, lá a gente acerta o melhor tratamento e o paciente prefere. São visões muito contraditórias. E acaba que a gente no final, nós nos vemos num funil, a gente tem que tomar decisões na nossa vida, e tudo. Eu acho que é um consenso que todo mundo vai escolher o caminho mais fácil, e o caminho mais fácil é montar o seu consultório. Todo mundo tem a sua família estruturada, cujos pais podem ajudar bastante.

Essa visão do Saad e do Gastão revela uma faculdade, nós temos um departamento da preventiva muito forte. Só que a faculdade, outros docentes, e alunos não vêm a preventiva como essencial. Eles vêm a preventiva como indo contra a ordem do mercado. Eles querem que a gente trabalhe no SUS em tempo integral, e que a gente seja pobre. Esta é a visão que a faculdade tem. Então, se o Gastão ganhar as eleições, ele vai aumentar as aulas da preventiva, e a gente faz um monte de preventiva inútil nos primeiros, segundos e terceiros anos, e a gente poderia estar fazendo coisas muito melhores na vida, ficar a toa, ou fazer iniciação científica. Então, é um conjunto de contradições, que atrapalha muito a nossa motivação. **Porque a nossa formação acadêmica é boa, nós vamos sair daqui bons médicos. Só que com esses exemplos que a gente tem, a gente quer ser bom médico para trabalhar no Einstein, no Sírio, fazer residência ou trabalhar no exterior, e só lidar com a classe AAA.** As pessoas que gostam do SUS, geralmente é o pessoal do Centro Acadêmico, que não tem uma visão muito realista.

**As deliberações da faculdade a nível superior são muito pouco abertas, os pesquisadores da faculdade têm poder total. E o resto da faculdade tem que seguir as ordens deles. Porque são eles que dão o nome da faculdade nas publicações.** Então, as avaliações durante o curso foram muito boas. Eu acho que a faculdade está trabalhando bastante com elas. Toda vez que terminamos um módulo, a gente avalia e eles acatam as nossas sugestões de uma forma bem aberta.

5)O que você mudaria no curso de graduação?

**Eu acho que eu diminuiria um pouco a carga horária. Porque quarenta horas semanais, não sobra tempo para você fazer mais nada nessa vida.** Tem algumas disciplinas que são essenciais, tipo introdução a pesquisa científica. Porém discordo da forma como algumas disciplinas são dadas. Acho que não precisaria ser semanal. Por exemplo, minha professora não tinha tempo para nada, a gente chegava aqui as 14h e ela dava aula até 14h30, porque ela tinha que dar conferências, palestras, etc., não servia para nada, é uma perda de tempo, e acaba que a gente tem pouco tempo até para estudar, ou para fazer as nossas atividades extracurriculares. A faculdade é meio contraditória, pois eles estimulam bastante a gente para pesquisar, mas quando a gente tem que ir a um congresso, eles não libera de jeito nenhum, ainda mais agora, no quinto e sexto ano, com essas coisas de frequência 100%. Aí é super contraditório. No primeiro, segundo, terceiro você está desenvolvendo para pesquisar e aprender metodologia científica, no quarto, quinto e sexto ano, que você poderia estar desenvolvendo as pesquisas mais interessantes, mais cientificamente apropriadas, a faculdade não dá apoio para o que você precisa. **Então, eu acho que eu daria uma flexibilizada nas estruturas, também nessa coisa de frequência de 100% no internato. Eu entendo que nós somos importantes para o atendimento, mas nós não somos obrigados a atender, somos obrigados a aprender no atendimento.** Eu gostei bastante da estrutura do hospital de Sumaré, lá os médicos são obrigados a fazer os serviços burocráticos, preencher papel, receita, e a gente fica lá com o docente discutindo o caso, discutindo formas de examinar, e tudo. A gente não tem aquela rotina de obrigação de fazer isso se não ninguém faz e o paciente fica descuidado. **Se eu fosse diretor, eu tentaria flexibilizar um pouco mais os docentes, aproximá-los um pouco mais dos estudantes, e discutir um pouco mais expectativas. Abriram um canal de discussão das expectativas dos estudantes, das expectativas dos docentes, e expectativas dos docentes em relação aos estudantes, o que os docentes querem que a gente aprenda e o que a gente quer aprender. Isto ajudaria muito. A impressão que a gente tem é que o nosso currículo é integrado e maravilhoso em relação ao currículo de outras faculdades que a gente discute. Mas ainda existem muitas falhas, porque no nosso currículo a gente vê uma grande quantidade de conteúdo no primeiro, no segundo e mais um pouco no terceiro ano. Esse tempo dessa grande quantidade de**

**conteúdo, que vai se repetindo, se repetindo, se repetindo, acaba sendo pouco produtivo. Porque a gente vai para as aulas, muitas vezes os docentes nem trocam os slides que a gente teve nos outros anos.**

Então eu acho que uma política nova seria um passo muito importante. Qualquer reforma para mudar estruturalmente e o comportamento das pessoas é muito difícil. Você tem que **começar com uma discussão. Eu acho que as formas autoritárias não funcionam.** Se eu fosse diretor e mandasse todos os alunos se rebelarem contra os docentes, não funcionaria. Teria que ser uma coisa mais construída para ser mais sustentável, eu acho que isso seria um bom começo e acho que falta muito isso aqui.

**Os estudantes, hoje em dia, estão chegando à faculdade cada vez mais jovem e imaturos. Você não sabe muito bem o que você quer da sua vida. Geralmente as universidades estão longe da sua casa, e você quer aproveitar a sua liberdade longe dos pais. E acaba que a faculdade fica na décima primeira opção. Aí talvez as expectativas não sejam tão coincidentes. Eu estabeleci na minha vida que no primeiro, segundo e terceiro ano eu iria a todas as festas que eu pudesse, eu ia para São Paulo todo final de semana, tanto é que nesses anos as aulas de sexta feira são mortas de manhã, pois as festas de faculdade são geralmente de quinta a noite. A nossa carga horária é muito pesada. A gente já discutiu com os nossos colegas da USP, UNIFESP e de outras faculdades. Eles têm mais tempo para as atividades extracurriculares, e até para fazer disciplinas em outros cursos. Eu acho que falta muito essa convivência, porque a minha turminha sempre vai comer no bandeirão lá embaixo, porque a gente fica tão saturada. A medicina é muito isolada, tudo é só nós. As festas são só nossas. Aqui em cima é só nós. A gente não convive com outros alunos universitários. A gente perde muito com isso, essa convivência universitária, essa troca de idéias e pensamentos. Tudo isso é importante para a nossa construção. A gente está para ter uma formação acadêmica, e na formação pessoal um amadurecimento. Eu acho isso complicado, com essa pressão de carga horária excessiva, pouco tempo para pensar em você mesmo, você está longe dos seus pais, você já não tem aquele suporte de família, de chegar**

em casa e ter tudo pronto, comida, etc. Tem que andar, cuidar da sua vida, e dos seus estudos, e se divertir. As vezes no meio dessa confusão você faz escolhas que não são muito apropriadas, então você escolhe a prova que se ferre, eu vou para a festa. Aí eu estava conversando com amigos na USP, eles fazem curso de meio período no direito USP, têm aula de manhã, e a tarde eles vão estudar alemão, fazer curso de filosofia, é uma coisa muito mais tranqüila. Acho que a grade deveria ser rediscutida, eu sinto falta de matérias opcionais, com um núcleo livre, isso a gente não tem. Uma matéria para você se desestressar. Chega uma hora que você não agüenta mais isso aqui. Em cada ano a gente tinha uma válvula de escape, primeiro ano eu ia para as festas adoidado, eu ia para São Paulo, no segundo ano eu ia comer em tudo o que é lugar, no terceiro eu voltei para as festas, e no quarto foi a fase consumista.

Então, eu acho que as nossas energias poderiam ser canalizadas para uma forma mais produtiva, aqui na faculdade mesmo. Se os programadores do nosso curso fossem um pouco mais abertos para discutir, realmente, a gente está na faculdade para aprender, só que não adianta brigar com todas as principais festas da faculdade, que não vai dar certo. Não que depois das festas não deva ter aula, mas o nosso calendário não precisaria ser tão fechado, **aula das 8h as 18h todo dia, todo dia, todo dia.** Só para a gente chegar nos congressos da vida e falar o quanto o nosso currículo é maravilhoso. Nós temos a maior grade horária das faculdades de medicina, e não serve para muita coisa. Eu vejo as aulas como uma motivação para você estudar, eu não vejo as aulas como uma coisa que o professor vai falar e vai revolucionar a minha vida. **No primeiro, segundo e terceiro, você ir ou não na aula não faz nenhuma diferença, você tem a prova, você tem o conteúdo e sabe o que tem que estudar. Eu estava estressado, eu ia para a minha casa , ficava uns quinze dias, e nem aparecia aqui e tirava nota boa aqui.** Depende do seu estado de espírito. Por isso, eu acho que abrir um canal ia ajudar para ajustar as expectativas e discutir um pouco mais o que os alunos querem. Eu achei o quinto ano bem legar na carga horária, mas com milhões de papel que servem pouco para a nossa vida. **Por exemplo, a enfermaria de pediatria, aquelas crianças bizarras, com um monte de problemas, às vezes chega uma coisa comum no pronto socorro, que nós não fomos treinados para reconhecer,**

porque a gente sempre fica pensando nos casos raros. Eu acho que o hospital de Sumaré deveria ser o nosso hospital universitário, a gente deveria ficar mais tempo lá e na rede básica, do que no HC mesmo. São essas coisas que a gente vai percebendo. Porque no começo da faculdade você está num hospital terciário super complexo, tem todo o seu charme. Mas depois você vai vendo, chega no quarto ano e ficam todos aqueles pacientes hipertensos, diabéticos, crianças com IVAS, pneumonia, e você acaba ficando muito inseguro para tratar essas coisas básicas, pois a gente nunca fez isso. Acho uma coisa interessante, seria pegar esses projetos terapêuticos singulares, e antecipar no currículo. Eu tenho a impressão que nos primeiros anos, os professores querem mostrar para a gente que a pobreza existe, aí eles levam a gente para a periferia da cidade, eu achava que não tinha mais hanseníase, tuberculose, etc. Foi bom ver que existe, e ficar incomodado com aquilo, só que depois, você volta imediatamente ao seu mundo, suas válvulas de escape. Tanto é que nos três primeiros anos, nós íamos ao shopping comprar, comprar, comprar para esquecer um pouco. E aí uma outra pessoa perguntou, "qual a finalidade disso?", e acaba que o nosso desenvolvimento é baixo. Até o vínculo com o paciente. Porque vocês querem que a gente tenha vínculo com o paciente. Mas se você tem trinta pacientes para evoluir na enfermaria até as 21h, e o professor for passar a visita e você não souber de nada, vai te dar uma bronca gigantesca. Isso não tem finalidade acadêmica, você nunca vai estudar trinta casos, você não vai aprender nada, você mal sabe os nomes dos pacientes. É isso, eu acho que as disciplinas poderiam ser um pouco mais integradas, porque na preventiva você vai trabalhar só com saúde pública, nos outros módulos, a saúde pública inexistente. Você não tem nenhum professor que fale: "esse paciente tem dificuldade de pegar remédio ou tem problema na distribuição". **O conteúdo da saúde pública poderia ser mais inserido no currículo, não na forma de texto, dando textos para nós lermos, mas os outros professores deveriam mostrar. Acho que seria mais interessante se o PTS fosse deslocado para o primeiro e segundo ano, porque não precisa de nenhum conhecimento médico extremamente forte, e o professor está lá para ajudar na parte médica.** Nós temos desde o primeiro ano uma coisa que é muito cultivada que o SUS não funciona, apesar da preventiva falar o contrário, e o resto da faculdade falar contra. Fica uma

briga na faculdade, e acaba que nós temos mais convivência com a parte mais acessível economicamente, então é mais fácil a gente ir para outro lado.