

CADERNOS DO PRECEPTOR: HISTÓRIA E TRAJETÓRIAS

LILIAN KOIFMAN
GILSON SAIPPA-OLIVEIRA
(organizadores)



INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UFF



LAPPIS
INTEGRALIDADE
EM SAÚDE

CEPESC

EDITORIA



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro

Vice-Reitor: Paulo Roberto Volpato Dias

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna

Vice-Diretor: Michael Eduardo Reichenheim

**LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE
INTEGRALIDADE EM SAÚDE**

Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Diretor: Aluísio Gomes da Silva Junior

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Presidente: Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

Conselho Editorial

Aluísio Gomes da Silva Junior (UFF)

José Ricardo de C. M. Ayres (USP)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)

Lilian Koifman (UFF)

Madel Therezinha Luz (UFF e UFRGS)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)

Roseni Pinheiro (UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Série EnsinaSUS

CEPESC Editora

Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar

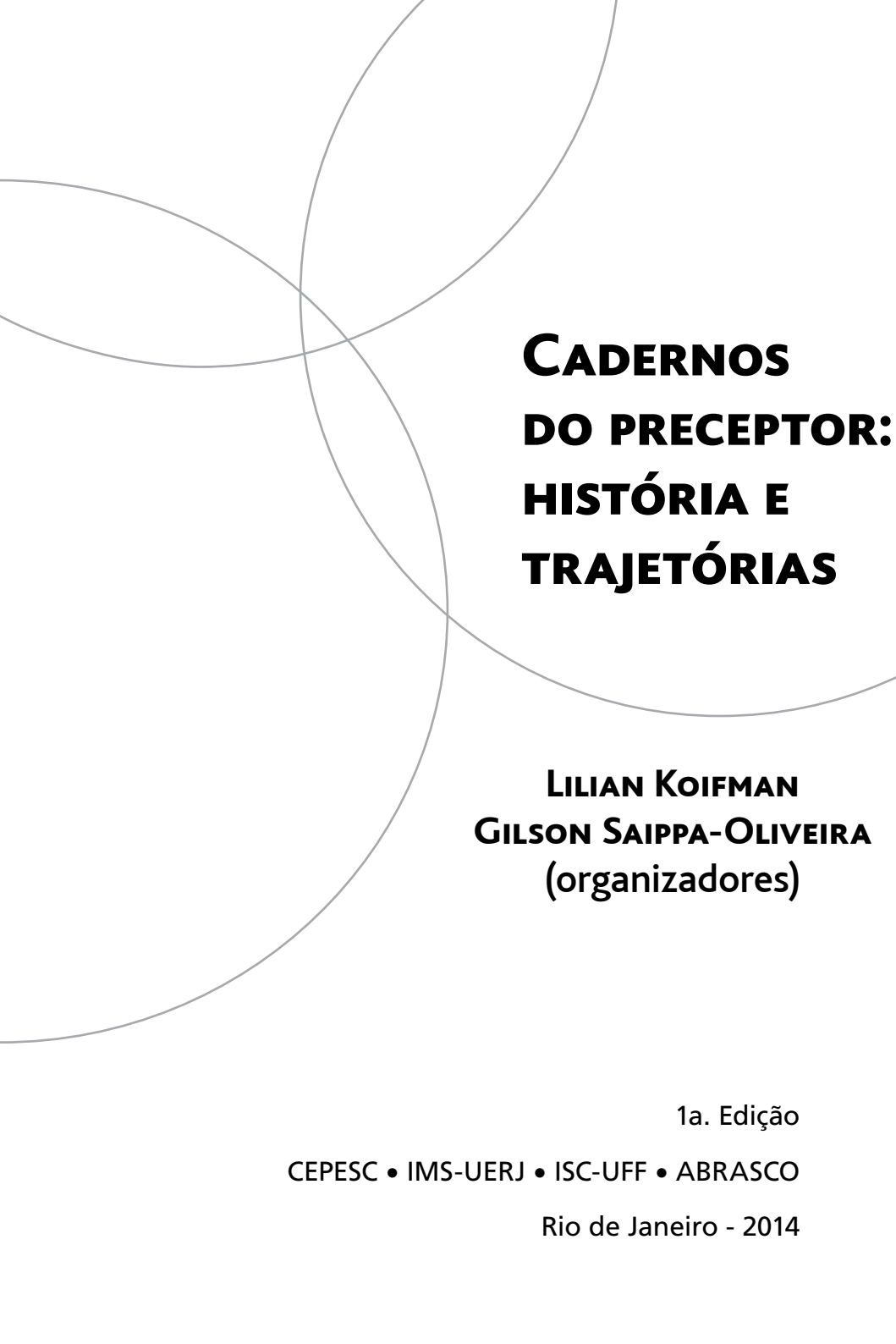
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-013

Telefones: (xx-21) 2334-0235 ramal 152

Fax: (xx-21) 2334-0152

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br



CADERNOS DO PRECEPTOR: HISTÓRIA E TRAJETÓRIAS

**LILIAN KOIFMAN
GILSON SAIPPA-OLIVEIRA
(organizadores)**

1a. Edição

CEPESC • IMS-UERJ • ISC-UFF • ABRASCO

Rio de Janeiro - 2014

CADERNOS DO PRECEPTOR: história e trajetórias

LILIAN KOIFMAN E GILSON SAIPPA-OLIVEIRA (organizadores)

1ª edição / novembro 2014

Projeto da capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Revisão e supervisão editorial: Ana Sílvia Gesteira

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

C122 Cadernos do preceptor: histórias e trajetórias / Lilian Koifman,
 Gilson Saippa-Oliveira (organizadores).-Rio de Janeiro:
 CEPESC. IMS-UERJ. ISC- UFF. ABRASCO, 2014.

194 p. (Série EnsinaSUS)

ISBN: 978-85-89737-88-3

1. Educação Médica. 2. Preceptores. 3. Formação Profissional.
4. Trabalhos de campo. 5. Integralidade em Saúde. 6. Saúde Pública.
I. Koifman, Lilian. II. Saippa- Oliveira, Gilson. III. Universidade Federal
Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. IV. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

CDU 371.3:616

Direitos exclusivos, para esta edição, de CEPESC Editora e dos organizadores.
Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização.

Sumário

Prefácio 07

Aluisio Gomes da Silva Junior

Apresentação 09

Lilian Koifman e Gilson Saippa-Oliveira

A disciplina Trabalho de Campo

Supervisionado 1: da trajetória histórica à atualidade 11

Lilian Koifman e Gilson Saippa-Oliveira

Integralidade e Aids:

trajetória pedagógica do campo 31

Lilian Koifman

Atenção integral à saúde das pessoas com deficiência 49

Luiza Santos Moreira da Costa

Maternidade, maternidades 61

Maria Martha de Luna Freire

Racionalidades médicas: um relato de

experiência em Trabalho de Campo Supervisionado 1 75

Maria Inês Nogueira

A Saúde Mental e suas ações de inclusão

e integralidade: um cenário diversificado de aprendizagem 83

Eliana M. S Gabbay e Célia Sequeiros da Silva

Estilo de vida nas doenças crônicas 99

Marlene Merino Alvarez

**Saúde e masculinidades:
um novo campo para um tema novo 111**

Cláudia Regina Ribeiro

Integralidade da atenção à saúde de adolescentes 125

Mônica Tereza Christa Machado

Falando sobre drogas no primeiro ano do curso de Medicina 141

Veronica Fernandez

**Sobre a preceptoría como proposta de “ensino ampliado”:
construindo um olhar integral da saúde sobre as violências 151**

Sônia Maria Dantas Berger e Elizabeth Clarkson

**Abordando o tema Saúde Integral
da Mulher com estudantes de Medicina 171**

Ivia Maksud

**Doenças negligenciadas:
a construção de um campo sempre atual 187**

Helena Garbin e Luisa G. Dutra de Oliveira

Prefácio

Aluisio Gomes da Silva Junior¹

Promover mudanças no ensino das profissões de saúde apresenta-se com um desafio histórico na medida em que se tem como imagem-objetivo ampliar criticamente a capacidade de compreensão dos contextos históricos e sociais em que vivem as coletividades, as subjetividades e as interações humanas, a mediação entre as tecnologias e as necessidades das populações; as questões ético-políticas no cotidiano da atenção à saúde e a interação no processo de construção de políticas de proteção social mais abrangentes.

Este desafio tem sido enfrentado, com muitas dificuldades, na Universidade Federal Fluminense desde o final da década de 1970, por movimentos de discentes, docentes, profissionais de saúde e de comunidades. Podemos considerar como importante marco desses movimentos a reforma curricular do curso de Medicina proposta em 1992 e implantada em 1994.

Aquela reforma tinha, entre outras coisas, a novidade de levar os alunos, a partir do primeiro período, a experienciar a vida das comunidades, o cotidiano das unidades de saúde e das instituições que produzem saúde e doença em nossa sociedade. Visava-se, com a exposição à realidade, a mobilização do processo de aprendizado na reflexão das dificuldades e problemas encontrados e na construção das soluções mediadas com vários atores.

¹ Diretor do Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense

Essas experiências, com todas as suas dificuldades, marcaram profundamente a formação de alunos, demandaram mudanças consideráveis no conhecimento e papel dos docentes e, principalmente, inseriram a Universidade na construção cotidiana dos serviços de saúde e nas lutas da população pelo Direito à Saúde. Contribuíram, também, para as mudanças realizadas nos outros cursos da Universidade.

Este livro, fruto do trabalho daqueles que conduzem as experiências nas fases iniciais do curso de Medicina da UFF, traz os relatos e reflexões dos últimos anos, pautados por temas complexos que exigem um olhar interdisciplinar e serviram de mote para dar sustentação às mudanças desejadas na formação dos profissionais de saúde.

Tenho muito orgulho de dizer que este esforço é uma das importantes contribuições dos professores e técnicos dos departamentos que compõem o Instituto de Saúde Coletiva da UFF ao ensino das profissões de saúde. Estes professores, profissionais e alunos, ao agirem solidariamente entre si e com a sociedade, demonstram na prática a viabilidade de outras formas de participação da Universidade na vida dos brasileiros.

Apresentação

Lilian Koifman | Gilson Saippa-Oliveira

Este livro não é um manual e muito menos um livro de receitas. Registram-se aqui diferentes fluxos de ideias e ações, caminhos trilhados e apontamentos de diferentes e diversos territórios de aprendizagem, assim como nos ensinou o geógrafo Milton Santos. Busca-se, nesta obra, a superação do divórcio entre instituição de ensino e seu entorno – rompe-se o muro, mergulha-se na aposta do novo, do inusitado. Escolhem-se temas e problemas a partir da busca pelo encontro no cotidiano, no vivido e no viver. A cultura da escola se mistura e se fertiliza pelo aprender fazendo, pelo fazer aprendendo e pela reflexão na ação. Desterritorializa-se, instaura-se e se (re)criam processos não lineares de aprendizagem. Abandonam-se o livro-texto, a cartilha e o protocolo; instaura-se, como desejo dos diferentes que nele habitam, a intenção de (re)construção de alteridades.

A educação formal delimitada pela disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1 (TCS 1), do curso de Medicina UFF, se abre ao território de vivências que afirmam valores. Registram-se experiências de discentes, docentes, temas-problemas e gentes, com suas histórias, práticas e leituras sobre a saúde, e como ela se (re)produz de maneira polimorfa e polifônica. Representa-se uma inovação nos fazeres da educação na saúde – uma aposta permeada e construída por atores que têm trajetórias e formações diferentes. Não se busca o consenso banal, mas a possibilidade do abrir-se em direção ao inusitado da “vida real”, ou da realidade socialmente construída. Os diferentes agentes envolvidos

nessa trama de saberes e fazeres flutuam seus olhares por muitos lugares reais ou imaginários, próximos ou distantes, presentes ou reconstruídos, itinerários de vida e narrativas se confundem se entrelaçam, e que colocam os sujeitos da aprendizagem em relações de escuta que requalificam o olhar que é capaz de reconstruir práticas e saberes dialógicos.

Esse diálogo é entendido para além do comportamento verbal, ampliado em seu sentido mais abrangente como encontro, de comunicação em todos os níveis de relação, na qual o outro é visto como um ser essencialmente diferente de mim e de outros seres, porém universalmente idêntico a mim.

Os territórios de aprendizagem que têm seu registro neste livro expõem de maneira intensa as mediações de seus agentes com diferentes setores da sociedade civil. Os processos de formação em saúde, permeados por linguagens múltiplas que se transformam, afirmam-se por valores que, nos seus diferentes campos de prática, geram interfaces entre saúde e educação. Contribuem, assim, para a produção de interseções, na direção da construção de uma identidade profissional, formação em medicina, que tenha como horizonte a produção de uma clínica que se incline com a valorização da alteridade daquele a quem ela se destina.

Esses movimentos de *ensinagem* buscam a instituição de eixos transversais que sirvam de alavanca para a valorização do cuidado em saúde e a consolidação de práticas que envolvam perspectivas dialógicas. Onde os profissionais de saúde possam, nos diversos pontos da rede de cuidados, pensar de maneira articulada e integrada os aspectos socioculturais do adoecer, apresentando-se, assim, como um conjunto de conhecimentos pertinentes para a produção de intervenções pautadas pela construção da equidade em saúde.

Os relatos vivenciados e que aqui ganham forma nos diferentes territórios de aprendizagem, revelam-se e configuram-se como *lugares de produção* de saberes e práticas que ganham contornos polimorfos. Partem de fontes diversas, espalhadas por um verdadeiro labirinto onde circulam saberes e práticas que são por vezes conflituosos entre si, mas que têm potencialidades de produção de inovações tanto conceituais quanto operativas nos processos formativos dos profissionais de saúde com um todo.

A ideia de organizar este livro foi proposta para apresentarmos os relatos das experiências dos preceptores de campo na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1, com as especificidades do que chamamos **preceptoria de campo** no curso de Medicina da UFF, focando na construção do grupos e temas trabalhados.

Os artigos não têm como objetivo a apresentação de textos didáticos sobre os respectivos temas, substituindo outros artigos acadêmicos que utilizamos semestralmente. Em seu lugar, o livro pretende registrar a construção da disciplina TCS 1 e despertar interesses, potencializar trocas e afirmar valores da formação. Mais precisamente: o registro de como cada tema foi incluído ao longo dos anos, **do ponto de vista dos preceptores e seu cotidiano pedagógico**.

O grupo de preceptores que atua na disciplina e que aqui apresenta relatos de seu cotidiano pedagógico tem formações profissionais diversas, todos com pós-graduação no campo da Saúde Coletiva. As experiências relatadas se referem aos temas trabalhados durante o primeiro semestre de 2014: Integralidade e Aids; Atenção integral à saúde das pessoas com deficiência; Maternidade; Racionalidades médicas; Saúde mental e integralidade; Estilo de vida e doenças crônicas; Saúde do homem; Atenção à saúde do adolescente; Álcool e outras drogas; Atenção integral a pessoas em situação de violência; Saúde integral da mulher; e Doenças negligenciadas.

A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1: da trajetória histórica à atualidade

Lilian Koifman¹ | Gilson Saippa-Oliveira²

Apresentação

Este capítulo tem o objetivo de abordar a história da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1, desde o contexto político pedagógico onde foi elaborada, até sua constituição e organização atual. Dessa forma, pretendemos apresentar o contexto onde se dão os relatos dos demais capítulos do livro, com a descrição do trabalho desenvolvido em cada um dos grupos de alunos e respectivos(as) preceptores(as).

Em alguns textos, serão utilizados pequenos fragmentos de narrativas colhidas por instrumento de avaliação da disciplina, organizado pela Coordenação, garantindo o anonimato dos respondentes. Os alunos receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando que suas falas poderiam ser parcialmente utilizadas em livro sobre a disciplina.

Introdução

A questão central deste capítulo se insere nos debates sobre os desafios colocados pelo movimento pela Reforma Sanitária brasileira e nos seus desdobramentos com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente aqueles que dizem respeito à consolidação de

¹ Pedagoga, Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); professora associada II, Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense (UFF).

² Cientista Social, Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); professor adjunto IV, Departamento de Formação Específica em Fonoaudiologia (FEF) da UFF.

modos de formação em saúde que sejam adequados a suas exigências ético-políticas, assim como expressos nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da Saúde.³

Ao destacarmos suas potencialidades, ao longo do processo de formação em saúde, aliamos-nos às importantes preocupações de Garcia et al. (2004) que, ao discutirem a inserção dos conteúdos e estratégias da Saúde Coletiva nas formações em saúde e os desafios que ensejam essa inserção, avaliam como pequeno o espaço dedicado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), e portanto, pelos atores do campo, à temática da formação em saúde e sua potência na direção de alterar o cenário da formação. Dentre outras questões, afirmam que:

Tais demandas trazem ao campo da Saúde Coletiva a necessidade de repensar seu papel junto à graduação das profissões da saúde. Como discutido em recentes oficinas de trabalho da área [...] esta reflexão não vinha sendo feita de modo sistemático há 20 anos. Neste período, a Saúde Coletiva concentrou-se na produção de conhecimentos, na implementação da pós-graduação e em sua própria constituição como campo” (GARCIA et al., 2004, p. 31).

O movimento de ressignificação dos processos de formação surge com crítica à introdução, nos cursos de saúde, das chamadas Ciências Sociais e da Psicologia Médica, a partir de meados do século XX, principalmente por intermédio dos Departamentos de Saúde Mental, no caso das escolas médicas dos Estados Unidos, e a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva ou Comunitária por toda a América Latina (NUNES, 1978).

Tal incorporação temática, no entanto, não foi capaz de alterar de forma substancial o formato de organização curricular, nem de superar a determinação biológica do adoecer. Na maioria das vezes, esses conteúdos e estratégias de formação em programas extramuros (via atividades comunitárias, ou ligadas à Medicina de Família, bem como aquelas denominadas de Medicina Integral), pautaram-se por utilizar os referenciais da História Natural da Doença ou aqueles derivados da Medicina

³ Ver Almeida (2003).

Preventiva, sem que com isso se fizesse uma vinculação aos determinantes sociais e estruturais da determinação do adoecer (NUNES, 1978).

Nunes (1999), ao analisar a sua trajetória de ensino das Ciências Sociais em uma escola de Medicina, indica que o processo de incorporação do Social ao ensino da área da Saúde recebe influência direta das discussões e propostas internacionais sobre os novos rumos da Educação Médica, particularmente aqueles provenientes dos seminários temáticos de Viña del Mar (Chile), realizados em 1955, e em Tehuacan (México), no ano seguinte. O caso específico do ensino denominado de Medicina Preventiva e Social na América Latina encontra referência nas publicações da OPAS/OMS do final da década de 70 do século passado.

Autores como Garcia (1985, 1989), Campos e Nunes (1976) e Arouca (2003), ao analisarem esse movimento de incorporação, destacam, dentre outras coisas, que a introdução das discussões do Social na formação em saúde, mais especificamente na formação dos médicos, enfermeiros e odontólogos, se deu de forma muito diferenciada de escola a escola, e apenas por intermédio da “nomeação do social”, sem que este se convertesse em elemento explicativo do adoecer.

Silva (1973, p. 94) e Nunes (1999, p. 215), criticando o modelo de ensino do “cuidado integral”, enfatizam que:

[...] como projeto de adaptação, a “medicina integral” busca a suavização de tensões em torno das “instituições médicas”, inadequadas para atender às necessidades de uma sociedade em rápida transformação e representa um esforço para preservar a medicina liberal como “instituição social.

Como crítica a esta incorporação periférica, o movimento da Medicina Social do final da década de 60 e por toda a década de 70 do século XX, fortemente influenciado pelo marxismo e pelo estruturalismo da época, incorporou às discussões sobre o adoecer os elementos da determinação social. Agregou, ainda, fatores como a produção social, o trabalho, as classes sociais, o Estado, a democracia, o corpo e o poder, como categorias centrais para o acompanhamento do estudo, das intervenções sobre o adoecer e da organização da prestação da atenção à saúde (MACHADO, 1979; COSTA, 1979; FOUCAULT, 1979; PAIN,

1997, BREILH, 1990; POSSAS; 1989; ALMEIDA FILHO, 1999; SILVA JUNIOR, 1998; PAIN; ALMEIDA FILHO, 2000).

A incorporação do social às questões do adoecer e por contingência à formação, seja por intermédio da perspectiva adaptativa da Medicina Preventiva ou pela leitura crítica estruturalista da Medicina Social, manteve a lógica clássica de organização tanto dos cursos quanto das práticas pedagógicas no ensino superior da formação em saúde – ou seja, mantiveram uma organização linear: do geral para o particular; do teórico para o prático; do ciclo básico para o profissionalizante (CANESQUI, 1995, 2000; SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004). O potencial de transformação e questionamento às bases epistemológicas e de determinação do adoecer trazidas pelas discussões vinculadas ao Social passaram a apenas registrar as condições socioculturais e econômicas do adoecer e foram organizadas de maneira disciplinar, fragmentária e até mesmo ficaram isoladas no interior dos cursos, sem que com isso questionassem efetivamente as bases sociais que o determinam (NUNES; GARCIA, 1985; SCHRAIBER, 1989; MARSIGLIA, 1995; MARSIGLIA; SPINELLI, 1995; AROUCA, 2003).

Além dessas polarizações, Donnangelo (1975) indica que este debate não foi capaz de alterar de forma substancial a concepção sobre o processo saúde-doença, que permaneceu caracterizado pelo profissional de saúde a partir de uma:

[...] fragmentação do objeto individual de suas práticas, alvo das interferências parciais do especialista; fragmentação do processo de doença, consubstanciada no corte entre ações terapêuticas e preventivas pelo qual o processo saúde/doença aparece despojado de seu caráter de temporalidade e de seu campo (ecológico e social) de constituição (DONNANGELO, 1975, p. 79-80).

Compreendemos, também, que a produção de críticas e construção de propostas inovadoras sobre os redesenhos dos processos de formação, que sejam capazes de se estender à aplicação dos métodos didáticos pedagógicos e de avaliação, devem fazer parte do cotidiano da formação como forma de construção de espaços de consubstanciação dos elementos referentes aos

princípios do SUS. Desta maneira, os espaços de produção do cuidado e da formação, orientados por tais princípios, devem ser capazes de se apropriar e recriar tais leituras criticamente, no seu cotidiano, a partir da compreensão de que estes espaços se configuram como espaços públicos que permitem aos sujeitos envolvidos consolidarem uma nova forma de agir, compartilhando e sociabilizando valores emancipatórios (AYRES, 2001).

Esse processo deve ser acompanhado de todo um questionamento da dimensão política e epistemológica do ato de ensinar que permeia o processo educacional em geral, e em particular aquele que ocorre na formação em saúde e do questionamento da organização do sistema de saúde que se encontra no entorno da escola (CAMPOS; NUNES, 1976; ABEM, 1989; ADORNO, 1995; NUNES, 2005).

A inserção e as estratégias de ensino e aprendizagem da Saúde Coletiva (não apenas referidas ao campo disciplinar que historicamente compõe o rol de conteúdos oferecidos pelos departamentos de Medicina Preventiva e Social, de Saúde Pública ou Coletiva, institutos universitários de Saúde Coletiva ou Saúde Pública aos cursos de graduação em Saúde⁴) são entendidas nesse cenário como potencializadores de movimentos emancipatórios que têm como espaço de produção tanto as salas de aula quanto cenários múltiplos, como serviços de saúde, espaços de gestão do sistema e o controle social.

Tais arranjos de saberes e práticas apontam para a necessidade de uma ruptura com a maneira tradicional de se organizar os conteúdos e as práticas, tradicionalmente pautado na dicotomia típica da modernidade (geral-particular, teórico-prático, sujeito-objeto, homem-natureza, indivíduo-sociedade). Sendo assim, pode e deve instaurar-se como um dispositivo importante de afirmação de uma postura frente ao mundo, onde conteúdo, método e práxis servem como indutores de um tipo de formação que potencializa novas práticas e afirma valores sobre os processos de adoecimento e produção da saúde, enquanto valores inalienáveis.

⁴ Para maior detalhamento deste inventário, ver Abrasco (1984), que sintetiza os principais resultados de uma oficina de trabalho sobre o ensino de Medicina Preventiva e Social nos cursos médicos, realizada em Londrina em 1983, com destaque para as temáticas de Ciências Sociais em Saúde, Planejamento, Administração e Organização e Gestão em Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Epidemiologia.

Em nossa compreensão, os campos de formação e do cuidado se constituem em territórios que se revelam e se configuram como “lugares de produção” de saberes e práticas que podem provir de fontes diversas, espalhadas por um verdadeiro labirinto. Elas, portanto, obrigam as comunidades interpretativas a se esforçarem para produzir padrões argumentativos e simbólicos que entendam que no interior desses espaços circulam saberes que são por vezes conflituosos entre si, mas que têm potencialidades de produção de inovações tanto conceituais quanto de práticas (CANDAU, 1997; NÓVOA, 1997; BRANDT-RIBEIRO, 1999; SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; FERNANDEZ, 2010). No contexto apresentado, o campo da formação em saúde – operada em cenários diversificados – surge como dispositivo que envolve vários setores do poder público, as organizações não governamentais e a sociedade civil organizada. Esses setores se potencializam, possibilitando realizar diagnósticos e intervenções dentro do contexto histórico-social dos diferentes espaços em que estejam atuando.

A ampliação de atuação no território e das práticas em saúde toma formas diferenciadas de acordo com as interfaces didático-pedagógicas; áreas de práticas e vivências; utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras; valorização dos preceitos morais, filosóficos e éticos, orientadores de condutas individuais e coletivas que têm por objetivo produzir impactos afirmativos nos processos de trabalho, tanto pedagógico quanto da saúde.

Para Saippa-Oliveira et al. (2004), a aprendizagem nesses cenários diversificados é necessariamente de natureza participativa e tem como eixo central o trabalho nos serviços de saúde, na gestão, junto aos setores organizado da sociedade e na escuta sensível as demandas dos usuários.

Abordar a diversificação nessa dimensão significa colocá-la como parte do processo de gestão do trabalho coletivo nos serviços, voltado à construção de um novo contrato ético e político dos profissionais e a população. A consolidação de estratégias conjuntas e pactuadas entre as áreas das ciências sociais, da epidemiologia, do planejamento em saúde, da clínica, da psicanálise e dos processos pedagógicos fornece a base sobre a qual todos os atores envolvidos devem consolidar os elementos necessários à formação do profissional (p. 311).

Os processos de construção conjunta de processos de aprendizagem em cenários diversificados surgem como possibilidades de encontros onde sujeitos (docentes, discentes, gestores, trabalhadores e comunidade) são capazes de produzir movimentos de análise, sínteses que fortalecem significativamente suas capacidades de intervenção e transformação dos processos de formação e de trabalho.

Esses encontros são por nós considerados movimentos de tessituras de sócio-práxis. Sendo assim, devem instaurar-se como propulsores de uma postura frente ao mundo, que efetivamente aponte na direção da construção de práticas de liberdade, onde conteúdo e método e prática dos sujeitos envolvidos servem como indutores da possibilidade de construção de momentos de dialogicidade.⁵

Segundo Villasante (1998, 2002), nesses processos de diálogo onde se formam as redes de sócio-práxis, deve-se postular a reflexividade em contraponto à linearidade de relações causa-efeito de caráter determinista. O ponto central está na valorização da complexidade enquanto virtude que se apoia em paradoxos no lugar da simplificação de fórmulas únicas. Com frequência, as fórmulas e padronizações pretendem reduzir o comportamento em algarismos e medidas que restringem a capacidade dos sujeitos de produzirem movimentos de mediação com seus próprios valores e possibilidades.

Os objetivos gerais do currículo de Medicina da UFF, implementado em 1994, são: buscar a interdisciplinaridade, repensar permanentemente os conhecimentos na área médica, em função do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, e formar um médico humanista, com compromisso social e comportamento ético, além de um técnico com habilidades psicomotoras. Busca-se a formação de um novo perfil profissional, como estratégia para atender aos determinantes do processo saúde-doença (UFF, 1992) O currículo teve como pressuposto a constituição de um perfil profissional que fosse adequado à realidade sanitária local, ao mercado

⁵ Entendido aqui como o princípio que une dois princípios ou noções antagônicas que aparentemente deveriam se repelir simultaneamente, mas são indissociáveis e indispensáveis para a compreensão da mesma realidade (MORIN, 1998).

de trabalho e ao desenvolvimento científico e tecnológico vigente. Sua construção buscou obedecer aos princípios dessa lógica, sendo estruturado através de quatro programas: Prático-Conceitual, Teórico-Demonstrativo, Iniciação Científica e Internato, distribuídos ao longo de seis fases – cada uma correspondendo a um ano (SAIPPA-OLIVEIRA et al., 2004).

De acordo com a proposta, os programas Teórico-Demonstrativo e Prático-Conceitual articulam-se para preparar médicos com formação geral contextualizada histórica e politicamente; que sejam capazes de trabalhar em equipes multiprofissionais e utilizar criticamente tecnologias, tendo flexibilidade para incorporar mudanças tecnológicas ou político-administrativas e com consciência social (UFF, 1992).

O curso se estrutura visando à integração entre a informação científica e o treinamento de habilidades práticas, em níveis crescentes de complexidade, além de envolver o aluno no processo de produção do saber, objetivando sua formação crítica no que se refere aos movimentos determinantes das linhas de produção tecnocientífica. As cargas horárias dos dois primeiros programas se invertem progressivamente da primeira à quarta fase do curso, permitindo que ocorra diminuição gradativa das atividades teóricas e aumento progressivo das práticas.⁶

Como um dos dispositivos com potencial inovador do currículo, destaca-se a vivência – por parte dos estudantes – em espaços de controle social do SUS, no âmbito dos conselhos municipais ou locais de saúde, assim como espaços onde se pratique uma atenção à saúde centrada nas necessidades dos usuários, imersa na alteridade com escuta qualificada das demandas dos usuários e responsabilização por parte da rede de saúde e dos profissionais de saúde. A reflexão sobre essa vivência pode potencializar a participação mais ativa dos estudantes nos espaços da universidade, tensionando no sentido de exigir que os professores escutem suas demandas, dentro e fora de sala de aula e, conseqüentemente, haja

⁶ Para melhor compreender a trajetória de implementação do currículo de Medicina da UFF (1992), Saippa-Oliveira & Marins (2001), Koifman (2001 & 2004), Saippa-Oliveira & Koifman (2004), Saippa-Oliveira, Koifman & Marins (2004), Pontes, Rego & Silva Junior (2006), Mourão (2006), Silva Junior et al. (2006) e March et al. (2006).

uma formação centrada não somente nas necessidades da sociedade, mas dos próprios estudantes (MARCH et al., 2006).

A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1

Dentre os diversos eixos do currículo de Medicina da UFF, destaca-se o Programa Prático-Conceitual (PPC) e, mais especificamente, a disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado.

A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1 se constrói na busca da diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, a partir da articulação com disciplinas teóricas, com o campo de prática das profissões da área da saúde e com o desafio de tecer uma rede de saberes centrados na integração aprendizagem-extensão-pesquisa. Durante essa etapa, os alunos visitam diversos espaços e instituições, em grupo de 10 a 12 alunos, supervisionados por um preceptor (docentes e técnicos do Instituto de Saúde da Comunidade).

Nos seus dois semestres (1º e 2º períodos do curso), a disciplina tem como objetivos: 1) a caracterização qualitativa e quantitativa – tanto ambiental, populacional quanto psicossocial – dos cenários, nos níveis local e municipal; 2) promover a experiência com trabalhos de grupos; 3) promover o contato com espaços de vivências do ato de cuidar, destacando-se as dimensões humanas, culturais, sociais e políticas; e 4) observar como a integralidade da atenção à saúde se realiza em cada campo: cotidiano, saberes e práticas do cuidado (acolhimento e responsabilização, vínculo, interinstitucionalidade, autonomia do usuário e resolutividade) (UFF, 1992). Com a divisão da turma de 90 alunos em oito grupos, a metodologia da disciplina se realiza a partir do desenvolvimento das atividades em diversos temas e locais, que passam por modificações a cada semestre.

No primeiro período, o tema central é Saúde e Cultura, e são desenvolvidos temas para exemplificar essa relação. Os subtemas atualmente desenvolvidos são: Envelhecimento e Vida; Álcool e outras Drogas; Saúde do Trabalhador; Estilo de Vida e Doenças Crônicas; Saúde Mental e Inclusão Social; Infâncias: Sentidos e Direitos; Maternidade; e Saúde

do Homem. No segundo, o tema central é a Integralidade do Cuidado, além da manutenção de aspectos de saúde e cultura. Atualmente os subtemas são: Atenção à Saúde do Adolescente; Racionalidades Médicas; Integralidade e Aids; Saúde Mental e Integralidade; Saúde Integral da Mulher; Atenção Integral a Pessoas em Situação de Violência; Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência; e Doenças Negligenciadas.

Embora tenhamos atividades com toda a turma na abertura e no final do semestre, o desenvolvimento semestral ocorre em cada pequeno grupo onde cada preceptor se reúne duas vezes por semana com o grupo, tanto para realizar as atividades de campo e compartilhar as experiências vivenciadas quanto para debater textos relacionados aos temas centrais do período. Também são realizadas atividades com dois ou mais grupos, compartilhando e integrando os subtemas. A avaliação da disciplina se realiza através da elaboração de resenhas dos textos lidos e debatidos, relatórios individuais das visitas a campo e de elaboração e apresentação de um pôster a partir de um enfoque criativo, onde o grupo repassa para toda a turma a experiência e o aprendizado obtidos em cada tema.

A partir de diversas pesquisas – realizadas desde 1994 – e respectivas publicações, seus autores demonstram que o formato da disciplina de campo aproxima-se da recomendação estabelecida nas primeiras Diretrizes Curriculares (2001), de uma formação profissional reflexiva e humana (KOIFMAN, 2002, 1996; PONTES, 2005; FERNANDEZ, 2009; SAIPPA-OLIVEIRA, 2010; GOMES, 2011; NOGUEIRA, 2012, RIBEIRO et al., 2013).

A ação formativa na saúde impõe constantes desafios para se construir redes de aprendizagem docente sob o eixo da integralidade das ações de saúde. Isto é refletido no processo pedagógico desenvolvido na disciplina, em múltiplos cenários, priorizando situações reais. A metodologia é centrada no compartilhamento de experiências e vivências, por intermédio de supervisão dialogada, na busca de mudanças institucionais, apropriação ativa de saberes, fortalecimento das ações em equipe e produção de proposta inovadora de organização do trabalho em saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010).

Na proposta da disciplina, os preceptores/docentes são desafiados a reformular os princípios gerais dos ciclos e fases descritos, a partir das experiências vivenciadas, discutidas e sistematizadas coletivamente, o que, por sua vez, propicia novas sínteses a partir dos contextos nos quais o processo ocorre. Esse movimento é uma inovação para docentes do ensino superior, acostumados a processos de planejamento, execução e avaliação de suas atividades de forma individual e isolada. Superar essa forma de atuação em nome de um processo coletivo possibilita conhecimento entre os pares e capacita para o enfrentamento de alterações previsíveis ou imprevisíveis. Concordamos com Ribeiro et al. (2013): o avanço na formação em saúde se dá em processos concomitantes de desenvolvimento pessoal e institucional. Para os autores, esse é um desafio a ser considerado na proposição político-pedagógica dos cursos de graduação em saúde (RIBEIRO et al., 2013).

O trabalho pedagógico e a construção do trabalho do preceptor

Um aspecto importante e original da disciplina é o trabalho coletivo realizado pelos docentes e técnicos que fazem o trabalho de preceptoria, coordenando os grupos e alunos. São 15 preceptores que, a cada semestre, planejam, executam e avaliam em suas reuniões periódicas o trabalho realizado na disciplina. No grupo está a grande potência: tanto o grupo de alunos quanto o grupo de preceptores de campo.

Na interação com os grupos e com os outros (usuários, colegas, docentes, técnicos, profissionais de saúde, etc.), com valorização da troca de saberes e crescimento mútuo, construímos a formação dos profissionais médicos, desde o início de sua trajetória.

O movimento de formação de parcerias para a transformação só acontece em um espaço onde os sujeitos envolvidos estão engajados numa forma de relação dialética, na qual, pelo próprio caráter de troca e movimento, produz mudança e favorece a produção de novas subjetividades (SAIPPA-OLIVEIRA et al, 2005, p. 141).

Apostamos no exercício de uma relação onde surgem novos saberes, possibilidades de ação e olhares sobre a realidade, que emergem, como fruto do *diálogo*. Diálogo aqui não entendido apenas como comportamento

verbal, mas em sentido mais abrangente, *o de encontro, de comunicação em todos os níveis de relação, na qual o outro é visto em sua totalidade, como um ser essencialmente diferente de mim e de outros seres* (SAIPPA-OLIVEIRA et al, 2005, p. 141). Os encontros e as tramas produzidas pelos cenários de práticas e formação possibilitados pelo impulso reformista da política do SUS devem possuir caráter predominantemente reflexivo e vivencial, e não apenas informativo.

Vale ressaltar a importância de desenvolver a habilidade de ouvir; pode ser vista como condição básica para o surgimento de vínculos que permitam estabelecer a confiança necessária para que haja trocas de experiências pessoais que levem ao crescimento das pessoas envolvidas. Ouvir é acolher sem julgar; é, junto com o outro, construir o sentido daquilo que está sendo vivido – é necessário tanto para a relação entre os preceptores e alunos quanto entre os preceptores. A práxis docente, como expressão do *habitus*, ocorre em espaços de produção do seu trabalho e da sua identidade, e depende diretamente de suas condições de trabalho, formação profissional, e das diferentes incorporações que forjam sua própria identidade na docência (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002).

Os docentes, entendidos enquanto agentes portadores e produtores de sentidos sobre a saúde e as diversas tensões presentes no cotidiano do processo de formação; o sistema de saúde local, que servirá de cenário de aprendizagem; o papel dos movimentos organizados da sociedade presentes nestes espaços e, fundamentalmente, a necessidade da construção de espaços públicos, principalmente aqueles relacionados ao desafio de construção dialogada entre o mundo do trabalho e da formação, surgem como elementos norteadores desse processo de transformação.

Os saberes que dão suporte à práxis docente são aqui entendidos como uma estratégia tecnopolítica fundamental que ajuda a repensar e atuar de maneira propositiva o processo de reestruturação dos cursos do campo da saúde, onde métodos de ensino, conteúdos pedagógicos e práxis docente são vistos de maneira indissociável. Estes não podem ser pensados de forma independente e compartimentalizada, quando o assunto a ser tratado disser respeito as desejáveis transformações dos processos que ocorrem nas escolas de formação em saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

O que chamamos de práxis define um tipo de fazer no qual o outro (ou os outros) é visto como ser autônomo e considerado o agente essencial do desenvolvimento de sua própria autonomia, categoria central que interpreta o mundo e serve de guia da sua transformação, na direção da construção de uma nova realidade humanizada. É resultado da ação de sujeitos ativos que se responsabilizam pela criação ou humanização da matéria transformada que se evidencia e ganha formato no produto de sua atividade prática, implicando igualmente a aceitação da responsabilidade pelas ações próprias, como um corolário da liberdade (VASQUEZ, 1977; GADOTTI, 2001).

Os trabalhos de Saviani (1996) e Gauthier et al. (2006) alertam para a necessidade de considerarmos a existência de uma correlação potencial entre o processo de socialização vivido pelos docentes e seu papel enquanto agentes portadores de reservatórios de saberes, que tanto podem agir na direção da transformação quanto da conservação. Por isso, torna-se mister compreender sua reflexividade (instrumental/técnica ou crítica hermenêutica e solidária), enquanto culturalmente orientada e datada e espacialmente distribuída, que se manifesta a partir do tipo de racionalidade que embasa a gestão pedagógica e que é regulada pela perspectiva dialógica presente em toda a atividade de aprendizagem.

Saviani (1996), ao se referir a esses saberes que configuram o trabalho do educador, chama a atenção para sua dimensão ontológica, que está direta e intencionalmente ligada a sua condição humana e que é ao mesmo tempo produzida histórica e coletivamente. Afirma que, sendo o processo educativo um fenômeno complexo, os saberes nele envolvidos também o são. Por conseguinte, o autor identifica cinco categorias de “saberes”: o saber atitudinal, o saber crítico-contextual, os saberes específicos, o saber pedagógico e o saber didático-curricular, entendendo que são esses os saberes que todo educador deve dominar e que, portanto, devem integrar seu processo de formação e de compreensão de sua práxis.

Ainda para Saviani (1996), o educador é aquele que educa; conseqüentemente, precisa saber educar, precisa aprender, precisa ser formado, precisa ser educado para ser educador e precisa dominar os saberes implicados na ação de educar. Sob essa ótica, afirma que se

invertem os termos da questão: em lugar de os saberes determinarem a formação do educador, é a educação que determina os saberes que entram na formação e constituição da identidade do educador.

A afirmação de Saviani (1996) contribui para a premissa de que o professor/educador, para constituir-se enquanto tal, precisa ter uma visão de mundo, uma concepção de educação, de ensino, e que essas concepções determinam os tipos de saberes que deverão ser mobilizados numa determinada situação em sala de aula e fora dela. Sendo assim, entendemos que os momentos produzidos pelos e nos cenários diversificados dos diversos cursos de formação profissional em saúde devem, imperativamente, servir como espaço onde se possa ouvir. Devem considerar o momento de vida de cada ator presente nos seus papéis socioculturais, abordando a experiência de ser numa abrangência que ultrapasse o ponto de vista de sua capacidade de mero aplicador de uma técnica ou de um procedimento.

O mais expressivo resultado não pode ser quantificado ou reduzido à utilização de técnicas ou procedimentos, mas emerge da identificação e consolidação de canais. Visa, como afirmado, à ampliação de atuação do território das práticas em saúde e dos diferentes processos de trabalho em saúde, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços e a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde (SAVIANI, 1996, p. 143).

O objeto de ensino da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1, por isso, é delimitado não somente pela academia, mas de forma pactuada com os movimentos sociais, entidades governamentais, não governamentais e população.

O ensino, principalmente nas universidades públicas, tem o potencial de assumir uma função e um compromisso com a construção e consolidação de políticas públicas, na saúde principalmente, mas também com outros setores, na perspectiva da intersetorialidade. Ressaltamos também que, quando os diversos atores sociais acolhem os estudantes nos seus espaços, eles estão exercendo ativamente seu papel de formadores e colaboradores para a consolidação de um novo perfil do profissional da saúde.

Assim, o debate sobre a integralidade reafirma a perspectiva de uma abordagem que, estrategicamente, possa articular esses conjuntos de sentidos, orientando a organização das práticas voltadas para o cotidiano dos serviços, para os processos de trabalho em saúde, e também para os processos formativos. Trata-se de um movimento de articulação das práticas de saúde e das práticas pedagógicas, com as várias esferas de gestão do sistema de saúde e instituições formadoras, que permite avançar na implementação dos princípios e diretrizes do SUS – da mesma forma, na concepção de um trabalho parceiro entre os vários profissionais e setores envolvidos nesses processos na esfera da gestão, dos serviços, tanto na atenção à saúde como na formação e no controle social (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

Referências

- ADORNO, R. de C. F. A escola, o campo, a diversidade e o jogo: as Ciências Sociais e as trilhas do ensino em uma instituição de saúde pública. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 133-143.
- ALMEIDA FILHO, N. A Clínica e a Epidemiologia: laços, contratos e contradições. In: ROUQUAYROL, M. Z. et al. (Orgs.). *Epidemiologia e Saúde*. 5º ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 1999. p. 207-214.
- ALMEIDA, M. (Org.). *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: RedeUnida, 2003.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: U UNESP, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Ciências Sociais e Biológicas no curso médico: enfoque interdisciplinar*. Rio de Janeiro: ABEM, 1989. 31p. (Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, 12).
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro, n. 3, jun. 1984.
- AYRES, J. R. C.M. Sujeito intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BREILH, J. Reprodução social e investigação em Saúde Coletiva. Construção do Pensamento e Debate. In: COSTA. D.C. (Org.). *Epidemiologia, teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 137-165.
- CAMPOS, R. Z.; NUNES, E. D. O ensino de Ciências Sociais nas escolas profissionais da área da saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 10, p. 283-290, 1976.

- CANDAU, V. M. E Formação continuada de professores. In: Reali, A. M. M. R e Mizukami, M. G. N. Formação dos Professores. Tendências Atuais. São Carlos: Edufscar. 1996.
- CANESQUI, A.M. As Ciências Sociais, a saúde e a Saúde Coletiva. In: _____. (Org.). *Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 19-37.
- _____. Ciências Sociais e saúde no ensino médico. In: _____. (Org.) *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, 2000. p 25-46.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- DONNANGELO, M. C. *Medicina e Política*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 46-57.
- GADOTTI, M. *Pedagogia da práxis*. São Paulo: Cortez, 2001.
- GARCIA, J. C. Juan César Garcia entrevista Juan César Garcia. In: NUNES, E. D. (org.). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS. 1985. p. 21-28.
- GOMES, L. N. A. *Integralidade pelos alunos do Internato em Clínica Médica da UFF*. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.
- KOIFMAN, L. *A crítica ao modelo biomédico na reformulação curricular do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense*. 1996. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1996.
- _____. A função da universidade e a formação médica. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 35, n. 2, p. 145-6, 2011.
- _____. *O ensino médico no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa*. 2002. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
- _____. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. VIII, p. 49-70, mar.-jun. 2001.
- _____. O processo de reformulação curricular de duas faculdades de medicina no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 113-134, 2004.
- MACHADO, R. (Org.). *A danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MARCH, C. et al. O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006, p. 295-309.
- MARINS, J. J. N. et al. As experiências de articulação universidade serviço sociedade em Niterói-RJ. *Divulgação em Saúde e Debate*. Londrina, n. 12, p. 51-55, jul. 1996.
- MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docentes assistencial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MARSIGLIA, R.G.; SPINELLI, S. P. As Ciências Sociais em Saúde e o ensino. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 123-132.

MORIN, E. *O Método 4*. As ideias habitat, vida, costumes organização. Porto Alegre: Sulina, 1998.

MOURÃO, L. C. O professor e a instituição formação em saúde: implicações nas transformações curriculares. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2006. 245p.

_____. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. esp., p. 64-72, 2006

NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 95-113.

_____. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das Ciências Sociais nas escolas médicas. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 12, p. 506-515, 1978.

_____. Apresentação Saúde Coletiva: construindo um campo e formando um *habitus*. In: PASCHE, D.; CRUZ, I. A B. M. (Orgs.). *Saúde Coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: EdUnijuí, 2005. p. 15-20.

_____. *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

NUNES, E. D.; GARCIA, J. C. *As Ciências Sociais em saúde na América Latina*. Brasília: OPAS, 1985.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necesidades de salud de la persona con discapacidad: la perspectiva de los sujetos a través de historias de vida. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 16, n. 40, p. 219-33, jan.-mar., 2012.

PAIN, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: Notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 7-30.

PAIN, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PONTES, A. L. *Saber e prática docente na transformação do ensino médico: reflexões a partir da fala de preceptores do curso de medicina da UFF*. 2005. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

PONTES, A. L.; REGO, S.; SILVA JUNIOR, A. G. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 66-75, maio-ago. 2006.

POSSAS, C. *Saúde e trabalho*. A crise da Previdência Social. São Paulo: Hucitec, 1989.

RIBEIRO, C. D. et al. O trabalho de campo como dispositivo de ensino, pesquisa e extensão na graduação de medicina e odontologia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, p. 947-957, 2013.

- SAIPPA-OLIVEIRA, G. *Saberes e esquemas de ação docente em Saúde Coletiva*. 2010. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G., KOIFMAN, L.; FERNANDEZ, V. Trabalho e formação: diálogos necessários para construção de práticas do cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010. p. 191-208.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V.S.; KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas do cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010. p. 297-312.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. Rio de Janeiro: ABEM, 2004. p. 143-164.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; MARINS, J. J. N. A busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem: o direcionamento do curso de medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 307-319.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PONTES, A. L. M. As agendas públicas para as reformas e sua releitura no cotidiano das práticas da formação: o caso da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p. 129-145.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; MARINS, J. J. N. Avaliação do impacto de um novo currículo de medicina: interpretação dos primeiros alunos formados. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, VI. *Anais...* Londrina-PR, 2001.
- SAVIANI, D. Os saberes implicados na formação do educador. In: BICUDO, M. A.; SILVA JUNIOR, C. A. (Orgs.). *Formação do educador: dever do Estado, tarefa da Universidade*. São Paulo: Unesp, 1996.
- SILVA JÚNIOR, A. G. et al. As experiências de articulação universidade-serviço-sociedade em Niterói, RJ. *Cadernos ABEM*. Rio de Janeiro, v. 2, p. 49-53, 2006.
- TAMBELLINI, A. T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos –expressões do “dilema preventivista”, então é agora. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP, 2003. p. 48-58.
- TEIXEIRA S. F. (Org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.
- VASQUEZ, A. S. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- VILLASANTE, T. R. *Cuatro redes para mejor-vivir*. Buenos Aires: Lumen, 1998.
- VILLASANTE, T. R. *Redes e alternativas: estratégias e estilos criativos na complexidade do social*, Petrópolis, Vozes, 2002.

Integralidade e Aids: trajetória pedagógica do campo

Lilian Koifman¹

A experiências que passamos a relatar são sobre a construção de um campo, desde 2003, com estudantes do segundo período de medicina na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1.² Nesse campo, entre outras atividades, observamos e participamos de atividades multiprofissionais de saúde, trabalhando com pacientes soropositivos (adultos, gestantes e crianças) e seus familiares. A cada semestre, os primeiros encontros são fundamentais para criar um grupo e trabalhar a confiança. Afinal, a nosso ver, muitas vezes mais importante que o conteúdo, serão as atitudes que conseguem vivenciar, treinando as futuras relações profissionais dos estudantes de medicina.

O calendário inicial de atividades é apresentado com cada dia de aula, ainda em branco. E, à medida que realizamos as leituras sobre a história da Aids no Brasil e no mundo, assistimos a filmes e documentários que abordam o período em que os primeiros casos apareceram no Brasil, o interesse dos alunos pelas idas a campo aparecem e aumentam gradativamente. Parte importante e fundamental da disciplina é a participação dos alunos nas escolhas dos locais a serem visitados e dos focos temáticos a serem desenvolvidos. É a aplicação da chamada “Metodologia Ativa de Aprendizagem”.

¹ Pedagoga, Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); professora associada II, Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense (UFF).

² Ver detalhes sobre o histórico e desenvolvimento da disciplina no primeiro capítulo deste livro.

Em praticamente todos os semestres, os alunos visitam a Sociedade Viva Cazuzo, o Grupo Pela Vidda (Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids), a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids), o grupo Parceiras da Vida (HUPE-UERJ), Casa Maria de Magdala, Instituto de Pesquisas Evandro Chagas/Fiocruz, entre outros locais escolhidos por eles em conjunto com a preceptora. Em todos os semestres, frequentamos as atividades da SAE/Coordenação do Programa de Atendimento aos portadores de HIV/Aids do Hospital Universitário Antônio Pedro (CAIDS/HUAP).

Em cada um dos locais, os alunos desenvolvem um olhar sobre a doença, o adoecer e o cuidado em saúde. O tema da Integralidade é explorado, utilizando a questão da Aids com exemplo, em todos seus sentidos e aspectos. O contato com os profissionais de saúde os ajuda a compreender a atuação de cada profissional e o trabalho em equipe. Ao ouvir os relatos de pessoas convivendo com Aids (usuários do HUAP pacientes da CAIDS ou ativistas das ONGs/Aids), percebem como eventuais falhas dos profissionais repercutem nas vidas daquelas pessoas concretas, que passam a conhecer.

Os homens soropositivos que participaram daquela reunião, contaram suas experiências de vida. O mais chocante foi constatar a veracidade dos artigos que lemos no início da disciplina. Todos ali relataram o quão difícil foi quando souberam o diagnóstico. Uma atenção deve ser dada ao incômodo que tive quando soube como os médicos da maioria dos que estavam ali deram a notícia acerca da sorologia: foram muito insensíveis e faltou profissionalismo. Me senti envergonhada em saber isso! (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

Os estudantes declaram após as visitas, em seus relatórios escritos e oralmente, os aprendizados e como ficam marcados. Na Sociedade Viva Cazuzo, por exemplo, local criado pela mãe do cantor Cazuzo após sua morte em 1990, entram em contato com uma instituição bem organizada e a qual, normalmente, já conheciam através da mídia:

[...] eu adorei o trabalho feito no Viva Cazuzo. Fiquei muito contente em saber que se trata de uma ONG séria, inspirada no que aconteceu com o ídolo, procura ajudar crianças e tenta mudar o destino sofrido

que muitas poderiam ter se não estivessem ali. [...] É uma história de aprendizagem, superação, solidariedade e altruísmo que vemos ali, no bairro de Laranjeiras, no Viva Cazuya. (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

Outro local visitado todos os semestres e que impacta muito os alunos é o Pela Vidda Niterói (e algumas vezes o Pela Vidda Rio). Em geral, participamos de um grupo de convivência de adultos chamado “Tribuna Livre”, e quase sempre, quando marcamos nossa ida ao local, a ONG organiza uma atividade especial para os alunos de Medicina da UFF.

A Tribuna Livre foi um bate-papo muito bacana. Foi ali o meu primeiro contato com adultos homens soropositivos. Eu nunca tinha conhecido ninguém que tivesse Aids e sempre fui curiosa para conhecer. A primeira lição que aprendi com a ONG é que Aids não tem cara. Todos os que estavam conversando conosco na roda possuíam o vírus e todos pareciam normais como os soronegativos. Como foi bom eu ter tido esse contato (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

A conversa foi sobre preconceito, arrependimentos, força. Eles são muito determinados e os admiro muito. [...] Contaram, também, sobre a preocupação em divulgar informações acerca da prevenção, testes e tratamento (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

Eles me ensinaram, sobretudo, que ter o vírus não significa que a vida deve estagnar: pelo contrário, devemos superar ainda mais nossas limitações. [...] Foram bons momentos que, o dia que eu tiver um paciente soropositivo, saberei tratá-lo com sensibilidade, ajudando da melhor forma possível (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

O Pela Vidda trabalha uma campanha de divulgação do teste de HIV, que pode ser feito na própria sede da ONG e conta com todo apoio necessário para quem for fazê-lo (pré e pós aconselhamento). Isso é extremamente importante porque devido ao medo e desinformação, muitas pessoas não se dispõem espontaneamente a realizar o teste, fazendo-o apenas através de solicitação de um médico, quando a Aids em si se manifesta (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

As emoções despertadas nos alunos, na maior parte das vezes, fazem com que se mobilizem pelo sofrimento do outro e façam um treinamento

de ferramentas importantes de seu trabalho futuro: alteridade, escuta ativa, respeito, etc.

Fazer parte de uma Tribuna Livre no Pela Vidda foi um momento único! Os quatro soropositivos ali presentes não se importaram de contar sua história de vida e de responder nossas dúvidas e curiosidades. Emocionei-me quando um deles disse que, ao receber a notícia de que tinha Aids, tentou se matar. Reforçou, assim, a importância de um acompanhamento psicológico nesse momento difícil e nos que estariam por vir (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

Foi interessante perceber que a Aids realmente não tem cara. Os integrantes da ONG com quem conversamos eram soropositivos e eram todos muito diferentes um do outro. Julgando pela aparência, não imaginava que todos fossem soropositivos. Percebi o quanto os preconceitos da sociedade estão enrustidos no meu pensamento; quebrei muitos paradigmas durante a visita (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

O debate no Pela Vidda foi muito bom e, de certa forma, alimentou um desejo de estar mais próximo da realidade na nossa formação médica. Com certeza, cada um dos alunos presentes aprendeu muito em como lidar com os futuros pacientes e cresceu como ser humano (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

Em uma nova ida ao Pela Vidda, o tema central da Tribuna Livre foi Mulheres e Aids. Nesse dia, contamos com a participação de meninas com Aids.

O que mais me marcou no documentário que vimos sobre mulheres com Aids foi que “o pior é o preconceito”. Essa é uma frase muitas vezes repetida mas que nunca havia refletido sobre. Como assim o pior é o preconceito? O pior deveria ser ter a doença, a obrigação com os medicamentos, o medo da transmissão para outras pessoas; não o preconceito, que é algo criado por nós, seres humanos. Eu fui profundamente tocada por essa declaração e penso nela até agora. O preconceito poderia ser evitado e não ser o que mais os soropositivos temem. Como é triste saber que nós cultivamos isso e somos tão duros com os outros! (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

As mulheres que conversaram conosco mostraram-se guerreiras, bem entendidas, com muita história para contar. Uma das jovens

me surpreendeu ao contar detalhadamente o drama que é tomar os medicamentos, pois causam náusea, mal-estar e dores. Eu nunca tinha ouvido esse tipo de depoimento. A maioria das pessoas que vimos nos debates, documentários e filmes que vimos falam de preconceito, superação, prevenção, mas nunca de como é ruim depender de uma medicação que causa tantos efeitos colaterais (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

A conversa não foi só sobre Mulheres e Aids, mas tratamos de tudo ali. Descobri que mulheres soropositivas podem engravidar (sempre tive essa dúvida, pois se ela não usasse o preservativo poderia contaminar o parceiro) e como elas fazem o processo: muito interessante e importante para futuros médicos saberem! (Estudante – Medicina, UFF 2º período).

Durante os semestres, são também realizadas atividades para discutir questões sobre sexualidade, preconceitos, etc. Esses temas são abordados no início da entrada no campo, com dinâmicas de grupo aplicadas pela psicóloga do SAE/Coordenação do Programa de Atendimento aos portadores de HIV/Aids do Hospital Universitário Antônio Pedro (CAIDS/HUAP). Para esses estudantes recém-saídos da adolescência, aparecem muitas dúvidas, curiosidades, medos, ansiedades, etc. A atividade é utilizada para tirarem dúvidas sobre doenças sexualmente transmissíveis, uso de contraceptivos, etc. Também é uma preocupação da equipe da CAIDS/HUAP que esses estudantes se transformem em multiplicadores de informações sobre a Aids.

Desde o início da construção do campo, no âmbito da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1, a CAIDS/HUAP é um local de referência para o tema, onde são realizadas diversas atividades durante cada semestre. Foi criada em 2000 como um local de acolhimento, escuta, educação para a prevenção e a promoção de saúde. A equipe multiprofissional de saúde realiza atendimentos individuais e em grupo. Existem, ainda, grupos de convivência, aconselhamento em DST/HIV/Aids, atendimento psicológico, pediátrico e adulto, de infectologia, nutricional, odontológico, consulta de enfermagem, etc. (KOIFMAN et al., 2008).

Pela importância do local na formação dos alunos de medicina ao longo de mais de uma década, descreveremos cada setor com mais detalhes a

seguir. O local em diversos momentos sofreu ameaças de fechamento e, infelizmente, isso vem se repetindo na atualidade.³ Sendo assim, a seguir apresentaremos a atualização de parte da descrição feita da experiência dos estudantes em cada setor, desenvolvida no artigo “Integralidade na formação médica: relato de experiências na Coordenação de Aids do HUAP”, dos autores Koifman, Paula e Alves, em 2007.⁴

A SAE/Coordenação de Aids do HUAP

O atendimento ao paciente HIV positivo no Hospital Universitário Antônio Pedro por muito anos foi realizado somente nos ambulatórios, enfermarias e DIP (setor de doenças infecto-parasitárias). De certa forma, ainda faltava um local que acolhesse o paciente de forma multiprofissional, melhorando a perspectiva de humanização no atendimento e perseguindo a ideia da integralidade.

Devido ao crescente aumento da demanda, em 2000 criou-se uma Coordenação do Programa de Aids no Hospital (CAIDS) e um Serviço de Atendimento Especializado em Aids (SAE). A partir do apoio financeiro da Coordenação Nacional de Aids (Ministério da Saúde e BIRD), da estrutura física cedida pela direção do HUAP e muito empenho dos profissionais envolvidos, foi possível a instalação de consultórios médicos, sala de atendimentos multiprofissional, sala de reuniões e aulas, recepção e banheiros, bem como o leito-dia adulto e infantil (SILVEIRA, 2004). Assim, o SAE/Coordenação do Programa de Aids passou a ser um local de acolhimento, escuta, educação para a prevenção e a promoção de saúde, além da prestação de atendimento multiprofissional.

A equipe realiza atendimentos individuais e em grupo. No momento, existem dois grupos de convivência que se reúnem, juntamente com a

³ As atividades da Coordenação de Aids foram deslocadas parcialmente em julho de 2014, depois de grandes discussões e desgastes, para três salas na antiga emergência do HUAP. Desta vez, a mudança se deu por conta de obra realizada no ambulatório do hospital. O trabalho de toda a equipe tem previsão para retornar para seu local até meados de 2016.

⁴ Publicação referente à Roda de Conversas no Seminário Integralidade/LAPPIS, 2007.

equipe de profissionais, quinzenalmente. Um grupo é composto por pais/responsáveis por bebês/crianças/adolescentes portadoras e expostas ao HIV; o outro é o grupo Sol, frequentado por adultos majoritariamente soropositivos e seus familiares (KOIFMAN et al., 2007).

A equipe que realiza o atendimento na CAIDS é composta pelos seguintes profissionais: um clínico geral (médico, que já atendia os pacientes da clínica médica do HUAP); uma enfermeira (que atendia pacientes na emergência, no setor de DIP e no ambulatório de Aids pediátrica); médica pediatra e psicóloga, ambas acompanhando as crianças; e outra psicóloga, para o acompanhamento de gestantes/adultos/familiares e aconselhamento em DST/HIV/Aids; uma assistente social, uma nutricionista e uma cirurgiã-dentista. Outros profissionais de diversos setores do HUAP também prestam assistência aos pacientes com HIV/Aids, principalmente alguns médicos do DIP, tanto para realizar o acompanhamento de gestantes, quanto o atendimento dos pacientes em geral.

Diante da discussão com a comunidade envolvida e com os profissionais da equipe, foi proposta a implementação de um Programa de Atenção à Saúde Bucal de Portadores de HIV/Aids do HUAP. Elaborou-se um plano de ação para ser desenvolvido através de diversas ações de intervenção, de acordo com a fase e estruturas física e orçamentária disponíveis para suas execuções (KOIFMAN et al., 2007).

A proposta foi apresentada à Direção do HUAP, recebendo total apoio institucional e das Coordenações Municipal e Estadual do Programa de DST/Aids. O projeto foi enviado à Coordenação Nacional do Programa de DST/Aids em 2002, sendo aprovado. Assim, a partir da disponibilidade de recurso do projeto, foi iniciado um intenso trabalho de requisição e aquisição de equipamentos e instrumentais necessários para a montagem do serviço (SILVEIRA, 2004).

Atualmente, no SAE/Coordenação de Aids são desenvolvidas ações diversificadas que incluem atividades realizadas com os pacientes, com alunos e com a equipe, além de pesquisas científicas. As ações que envolvem diretamente os pacientes são: as propostas educativas individuais e coletivas, procedimentos clínicos e atendimento odontológico.

A demanda de pacientes HIV positivos acompanhados pela equipe do HUAP é de aproximadamente 700 indivíduos. Mas o SAE/Coordenação do Programa de Atendimento aos Portadores de HIV/Aids do HUAP-CAIDS atende à demanda do município de Niterói, alguns pacientes do município do Rio de Janeiro e de municípios próximos (São Gonçalo, Itaboraí, Magé e Tanguá).

Dentre as características positivas relatadas pelos pacientes da CAIDS/HUAP, podemos destacar a escuta, o acolhimento, a atenção integral ao paciente, principalmente a possibilidade do trabalho em equipe interdisciplinar, e o espaço físico (SILVEIRA, 2004).

A seguir, descreveremos relatos das experiências vividas pelos alunos em cada setor da SAE/Coordenação de Aids do HUAP.

Recepção

A SAE/Coordenação de Aids do HUAP tem localização estratégica no hospital, que permite manter o sigilo e preservar a intimidade dos pacientes, que muitas vezes não desejam que seu diagnóstico seja revelado a terceiros. Nesse sentido, a recepção desempenha papel fundamental, pois recebe muitas pessoas desinformadas que chegaram até lá, mas não procuram o serviço, sendo devidamente orientadas pela secretária, sem que seja revelado o atendimento ali prestado.

Por outro lado, muitos pacientes com dúvidas e inseguranças a respeito da doença encontram na recepção certo acolhimento, dado pelos funcionários que desempenham o papel de recepcionistas. Um fato interessante presenciado por um dos alunos foi o relato de uma mãe que recebera o diagnóstico positivo de sua filha recentemente que esperava um bebê. A carência afetiva dessa senhora era tamanha que, enquanto esperava atendimento de sua filha, relatou detalhadamente toda sua trajetória, mesmo havendo conhecido o aluno há pouco. Isso demonstra a necessidade que os pacientes e suas famílias têm de um acolhimento e um apoio psicológico adequados, características inerentes a um atendimento integral.

Atendimento clínico de adultos

O atendimento clínico de adultos envolve, além das questões clínicas próprias da doença, questões bastante complexas, como aquelas que se referem ao comportamento. Prestar um atendimento integral ao paciente com HIV/Aids significa tratar os sintomas da doença, administrar o tratamento e seus efeitos colaterais, além de orientar o paciente acerca da prevenção de reinfecções, da importância da adesão ao tratamento e de suas dúvidas e medos em relação à doença. Todas essas atribuições exigem do profissional um vínculo com o paciente para que tais temas possam ser abordados sem que haja constrangimento de ambas as partes. O profissional deve se sentir bem à vontade para discutir com o paciente, por exemplo, sobre comportamentos sexuais, que estão intimamente ligados ao controle da infecção e da reinfecção pelo HIV.

Experiências que demonstram a importância do vínculo entre o profissional e o paciente foram vividas por alunos que acompanharam as consultas realizadas pelo clínico geral. Em uma dessas consultas, um paciente jovem acompanhado de sua mãe pretendia obter a última confirmação de sua condição sorológica. Após a confirmação do diagnóstico, o médico percebeu a insegurança da mãe do paciente em relação aos cuidados que deveriam ser tomados a partir de então, e além de fazer a prescrição dos medicamentos, conversou com ambos a respeito da doença e de experiências que tinha com outros pacientes, salientando que o jovem poderia ter uma vida normal desde que observapós essa conversa, tanto a mãe quanto o filho demonstraram maior coragem para enfrentar as complicações referentes à doença.

Este, assim como outros exemplos presenciados pelos alunos, aponta a importância da boa qualidade da relação médico-paciente para a realização de um tratamento eficaz.

Atendimento clínico pediátrico

Muitas das dificuldades encontradas no atendimento dos adultos se repetem no atendimento pediátrico, com o agravante de que muitas das crianças não sabem sua condição sorológica. Um grande problema

enfrentado pela pediatra que faz o acompanhamento clínico das crianças é a falta de adesão efetiva ao tratamento. Durante as consultas que os alunos presenciaram, não foram raros os casos em que as mães não administravam de maneira correta os medicamentos.

Exemplo marcante presenciado pelos alunos foi a consulta de um paciente de oito anos, cuja mãe procurou a pediatra para obter um novo receituário, a fim de adquirir a medicação na farmácia do hospital. Ao avaliar seus registros, a médica verificou que a mãe havia faltado à última consulta e que o medicamento que levava nessa ocasião já deveria ter acabado semanas antes, o que significava que a criança ficara algum tempo sem receber a medicação.

Segundo a médica, o comprometimento do tratamento das crianças deve-se principalmente à não adesão ao mesmo. A irregularidade na administração dos medicamentos faz com que os vírus adquiram resistência às drogas e sejam necessárias novas combinações de fármacos. No entanto, há uma possibilidade limitada de combinações. Dessa forma, percebe-se que o incentivo à adesão efetiva ao tratamento é de essencial valia e que se devem trabalhar as causas dessa não adesão para obter melhores resultados no controle da doença.

Atendimento psicológico pediátrico e adulto

Pediátrico

Uma das primeiras coisas que chama a atenção na psiquiatria infantil é o ambiente. Todas as suas características de uma obra inaugurada em 2003 e a forma como as coisas são organizadas contribuem para a criação de um ambiente acolhedor: a sala de espera conta com revistas, para as crianças e para os pais, brinquedos e assentos.

Uma das consultas a que os alunos assistiram resume os principais problemas enfrentados no atendimento psicológico pediátrico. O paciente tinha nove anos, apesar de aparentar idade bem inferior. Seu tratamento parecia não apresentar resultados satisfatórios. Ao chegar, vindo do almoço, a psicóloga levou-o ao banheiro para escovar os dentes. Com isso ela pretendia prestar um atendimento abrangente, articulando

sua necessidade de avaliar a motricidade da criança com a intenção de promover o cuidado bucal. Esse ato mostra também a amplitude do atendimento que os pacientes recebem na coordenação de Aids do HUAP. Os pacientes contam com atendimento psicológico, odontológico, médico – enfim, um atendimento bastante integral e com todos os serviços bastante relacionados.

Durante a consulta, a psicóloga avaliou o desenvolvimento do paciente com atividades lúdicas como desenhos, histórias e jogos. A criança pareceu um pouco intimidada com a presença dos alunos no início da consulta, mas no decorrer da mesma pareceu se sentir mais à vontade, apreciando essa participação nas atividades.

Nas consultas psicológicas, a profissional afirmou também vivenciar os mesmos problemas de adesão verificados nas consultas clínicas pediátricas. A consequência de tal fato é o aumento do número de casos como o desse paciente, cujo tratamento poderia obter muito maior êxito simplesmente pela administração diária da medicação, que é gratuita no Brasil, fornecido pelo SUS (através do Programa Nacional de Aids, desenvolvido pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais).

Adulto

Além do atendimento de todas as demandas e, se necessário, encaminhamento, a psicologia desenvolve a tarefa de pré e pós-aconselhamento. Ou seja, quando qualquer paciente solicita o exame que faz a testagem do vírus da Aids (mulheres, homens, gestantes, etc.) deve ter uma consulta prévia e uma para o recebimento do exame. Esta se pauta principalmente num processo de escuta às demandas, troca de informações e apoio emocional. O aconselhamento é fundamentalmente um diálogo que visa estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores e oferecer ao usuário condições para que ele avalie sua condição de vulnerabilidade e riscos pessoais de portar o HIV, tome decisões e encontre maneiras realistas – ou seja, maneiras viáveis de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV (ARAÚJO et al., 2006).

Para os alunos de medicina esses conceitos são novos. Até o momento em que tomam conhecimento desse procedimento, consideram que o mais importante para o paciente seja somente saber se é positivo ou não, com ou sem a síndrome. Fazemos, a partir deste tema, várias atividades como dialogar com soropositivos e seus relatos de como descobriram sua soropositividade. Muitos relatam história de sofrimento por falta de acolhimento e maior conhecimento sobre o que significa fazer o exame.

Atendimento odontológico

A infecção pelo HIV resulta em maior susceptibilidade do paciente a outras infecções, incluindo as dentárias. Dessa forma, compreende-se a importância clínica de oferecer aos pacientes HIV positivos o acesso ao atendimento odontológico, já que muitos não têm acesso a esse tipo de serviço, ou quando o têm, são eventualmente alvo de preconceito por parte de alguns profissionais. Além disso, há também a questão que tange ao resgate da autoimagem, comumente abalada no paciente HIV positivo.

Durante o acompanhamento das consultas, os alunos verificaram que os procedimentos odontológicos e as medidas de esterilização são as mesmas adotadas em qualquer consultório odontológico, ratificando que qualquer dentista pode atender um paciente HIV positivo.

O serviço de odontologia foi o que mais chamou a atenção dos alunos para os cuidados que o profissional de saúde deve tomar em sua rotina diária lidando com pacientes, talvez por apresentar procedimentos invasivos, que expõem o profissional a um risco de contaminação. Segundo os alunos, essa vivência serviu para alertá-los de que não se pode esperar que um paciente se identifique como portador de uma infecção como a do HIV ou da hepatite C, por exemplo, para que sejam tomados os cuidados necessários para sua proteção.

Consulta de enfermagem

Para muitos alunos de medicina, o simples fato de existir uma consulta de enfermagem é completamente desconhecido. Observam essa atividade e o vínculo estabelecido entre a profissional e os usuários com grande surpresa e admiração.

Durante as consultas com a enfermeira, algo interessante observado pelos alunos foi o fato de a profissional conversar em voz baixa com o paciente, de forma a preservar sua intimidade e privacidade, permitindo melhor diálogo. Por diversas vezes, nem mesmo os alunos foram autorizados a ouvir essas conversas.

Grupo Sol

O Grupo Sol é um grupo de troca de experiências de adultos HIV positivos que frequentam a CAIDS, coordenados pela enfermeira da equipe. A ideia é que tenham um espaço de conversa sobre suas dificuldades pessoais com o tratamento, relação com família e amigos. Nesse espaço, devido ao longo tempo que alguns membros frequentam, também são organizadas atividades sociais e de militância. Algumas vezes em que acompanhamos essa atividade, somos convidados para lanches, passeios e festas. Outras vezes, os assuntos derivaram para coisas do cotidiano de qualquer adulto, como debates sobre a violência ou problemas dos centros urbanos.

O mais interessante foi o dia em que o grupo recepcionou uma paciente que recebera poucos dias antes seu resultado de exame positivo para Aids. Ao transparecer desespero e tristeza, recebeu várias palavras de força e perseverança de pacientes que convivem há anos com a doença e que se disseram muito felizes por estarem vivos. Foi uma demonstração interessante da potência do grupo.

Considerações finais

Segundo os depoimentos dos estudantes do segundo período do curso de Medicina da UFF, a aproximação com a prática desde o começo do curso, promovida pela disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1, os ajuda a compreender melhor a atuação do profissional de saúde e as dificuldades existentes no campo.

As falas de estudantes colhidas ao longo de 11 anos apresentam elementos de interesse. Ao circularem pelo setor, localizado dentro do Hospital Universitário Antônio Pedro, atendendo soropositivos, diversas vezes relatam que sentiram medo ao serem sorteados para o grupo com

o tema da Aids. Mas aos poucos percebem que encontram pessoas “normais” (KOIFMAN; WONG UN, 2008).

Vi e convivi com pessoas iguais a mim e isso me impressionou. Nas primeiras idas ao local fiquei com medo de sentar nas cadeiras, tocar nas coisas dentro do setor e até medo dos mosquitos que voavam por lá: seriam transmissores da Aids? (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

Me sentei do lado das pessoas que esperavam para o começo da atividade do grupo de convivência. Quando cada um começou a se apresentar pensaram que eu também estava lá por ser paciente e contei que era aluna da medicina. Ou seja, sou exatamente igual a qualquer um deles! Isso me fez pensar como estou carregada de preconceitos! (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

De diversas formas os estudantes reconhecem a necessidade de conviver, durante sua formação, com o que eles consideram diferentes. Percebem que tomam consciência e superam preconceitos. Vivenciam o contraste entre sua experiência de vida e a dos que serão, futuramente, seus pacientes e usuários com quem trabalharão. Gradativamente, buscamos sair do senso comum para a aquisição de conhecimentos científicos associados à forma como lidar com tais conhecimentos.

Por exemplo, distanciam-se da imagem da Aids de uma pessoa magra, sem cor, com manchas na pele, como o que se viu na década de 80 em filmes, shows do Cazuzu, etc. Não passa um minuto pela cabeça deles, antes de entrarem na coordenação, que verão pessoas que aparentam mais os problemas decorrentes da pobreza que os específicos da doença (KOIFMAN; WONG UN, 2008).

Outro aspecto relatado pelos estudantes remete ao fato de conviverem com usuários que provêm de classes sociais diferentes da deles. Como, em sua maioria, os alunos são provenientes de classes média e alta, se surpreendem e se chocam com a pobreza e a dificuldade do dia a dia de suas vidas. E existe uma valorização dessa tomada de consciência, já que percebem que essas serão as pessoas com quem conviverão ao se formarem.

Como relatado no início deste texto (bem como no primeiro capítulo deste livro), os estudantes se surpreendem com a metodologia

usada na disciplina. Pelas falas coletadas, parecem sentir-se respeitados e, em consequência, sentem-se estimulados ao aprendizado. Declaram que recebem boa orientação, baseada na compreensão e sem pressão. Agradecem o respeito e a troca de conhecimentos que os estimula a tomar as melhores decisões.

Sendo assim, o estudante passa de sujeito passivo para ativo, compreendendo as tarefas escolares e principalmente a sociedade na qual vive, focando seu papel social, isto é, aprendendo na sua formação, como irá atuar para contribuir com a construção da sociedade que aspira. Assim, os estudantes exercitam o pensar criticamente, lidando com problemas que ultrapassam o limite tradicional das disciplinas.

Em todas as reuniões de preceptores, é debatido que cabe ao preceptor orientar e analisar as percepções iniciais dos estudantes, com o intuito de substituir a memorização e execução mecânica (exercida em outras disciplinas), pela construção do conhecimento e valorizando suas aprendizagens subjetivas. A avaliação, nesta disciplina, visa acompanhar o avanço dos educandos, detectando a tempo suas dificuldades, sem desrespeitar seus limites.

Os estudantes de medicina nos relatam frequentemente que se acostumam com relações de poder, entre professor e aluno, que induzem ao autodisciplinamento. Então é parte fundamental do trabalho da preceptoria desta disciplina criar uma experiência de ensino-aprendizagem diferente. Preceptores (docentes ou técnicos) e alunos aperfeiçoam seus papéis e passam a incluir em seu cotidiano escolar novas formas de pensar a realidade, novas técnicas de estudo, ensino e aprendizagem, sem dissociar método e conteúdo. É, sem dúvida, um avanço para a construção de um domínio que legitime o aprendizado e a utilização de metodologias inovadoras (KOIFMAN; WONG UN, 2008).

Uma das bases que estimulam o trabalho nesse formato é o fato de que levamos em conta que o futuro profissional de saúde adquire maior capacidade de decisão e possibilidade de enfrentar os desafios. Ou seja, a relação desenvolvida durante a disciplina é um treinamento para aquisição de ferramenta de trabalho médico.

Rompe-se assim a lógica vertical através de uma leitura plural e unívoca dos objetos e disciplinas práticos e teóricos, substancializados a partir da reflexão crítica dos diversos agentes das universidades, ou seja, dos estudantes docentes e profissionais da rede de saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004, p. 161).

E, felizmente, é muito interessante perceber que, para o aluno, a disciplina o aproxima da profissão que escolheu:

A disciplina TCS 1 é a que chega mais perto da realidade de um médico. Entre tantas matérias teóricas e básicas que temos nos primeiros períodos, essa me chamou atenção pela parte prática, pelo contato com as pessoas e pelo gostinho de lidar com elas. No meu ponto de vista, é isso que ela contribui para a formação médica: ela, desde no primeiro semestre, nos habitua e ensina a lidar com pessoas (Estudante - Medicina UFF, 2º período).

Outro ponto interessante a se destacar na vivência no campo é o confronto que muitas vezes ocorre entre o saber técnico e o saber popular. É importante que nessa etapa da formação o aluno perceba que, assim como ele próprio tem suas crenças e opiniões, o usuário do sistema de saúde também tem seus posicionamentos e crenças, que devem ser respeitados. Prestar um atendimento integral implica a observância de todos esses pontos, para que a aproximação com o paciente não seja um confronto de ideias, mas sirva para a construção de um proceder mais responsável e que traga benefícios ao paciente dentro do que ele espera e planeja para sua vida (KOIFMAN et al., 2007).

Um bom caminho para formar profissionais preparados para atuar com integralidade é aproximá-los da realidade do paciente. Dessa forma, facilita-se a criação de vínculo, o que propicia o entendimento do paciente como um todo. Nesse aspecto, os alunos consideraram a vivência no campo importante para sua formação. Através dela, podem trabalhar o conceito de integralidade e entender que atitudes devem tomar em sua prática diária, para que possam prestar esse tipo de atendimento em seu cotidiano.

Agradecimentos

Aos alunos da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1, por suas contribuições; aos preceptores de campo e aos locais do serviço e seus trabalhadores em saúde, que nos recebem a cada semestre.

Referências

ARAÚJO, M. A. L.; FARIAS, F. L. R.; RODRIGUES, A. V. B. Aconselhamento pós-teste anti-HIV: análise à luz de uma teoria humanística de enfermagem. *Escola Anna Nery R Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 425-31, dez. 2006.

KOIFMAN, L.; PAULA, R. M.; ALVES, T. O. *Integralidade na formação médica: relato de experiências na Coordenação de Aids do HUAP*. Publicação referente à Roda de Conversas no Seminário Integralidade, 2007.

KOIFMAN, L.; WONG UN, J. A. Construindo saberes recíprocos: ética e técnica na prática educativa em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 251-266.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.

SILVEIRA, M. F. *Implementação e análise do programa de atenção à saúde bucal de pacientes soropositivos para o HIV do Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP/UFF*. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.

Atenção integral à saúde das pessoas com deficiência

Luiza Santos Moreira da Costa¹

Atender às necessidades específicas de pessoas com deficiência pode parecer, para muitos, um custo desproporcional em relação ao número de beneficiados. Afinal, dizem quase não ver pessoas com deficiência. Tal situação ocorre por essas pessoas não conseguirem sair de casa, seja por medo de sofrer discriminação, por falta de acessibilidade arquitetônica e urbanística, ou porque suas famílias, receosas e/ou envergonhadas, as escondem. Como não são vistas, sua existência passa despercebida; elas não são nem reconhecidas como parte dessa sociedade, nem têm suas garantias de acesso a bens, serviços e direitos de cidadão levados em conta.

Segundo a OMS, 15% da população mundial apresenta algum tipo de incapacidade física, intelectual ou sensorial, fora de períodos de guerra. Considerando que a presença dessa deficiência repercute de forma negativa não só na pessoa acometida, mas também em sua família, isso repercutiria em, pelo menos, 25% de toda a população.

O número de pessoas com deficiência vem aumentando rapidamente, pelo crescimento populacional, especificamente de idosos; doenças crônicas, desnutrição, minas terrestres, guerras, violência (em especial a doméstica), Aids, degradação ambiental, acidentes (de trânsito, domésticos, em atividades recreativas ou de trabalho), doenças transmissíveis e condições habitacionais inseguras, desastres naturais e redução das taxas de letalidade em CTIs neonatais. O *European Disability Forum* estima

¹ Professora associada IV, Departamento de Saúde e Sociedade, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense.

que nos próximos trinta anos a população com deficiência, nos países em desenvolvimento, aumentará em 120%.

Quanto às políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência, a OMS adotou em 2005 uma resolução na qual estimula os Estados-membros a promoverem os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência, apoiando programas comunitários de reabilitação e incluindo o tema em suas políticas e programas de saúde. Tudo isto visa, principalmente, aumentar a prevenção de situações que possam levar a uma deficiência e garantir a prestação de atenção médica apropriada e eficaz às pessoas com deficiência, facilitando seu acesso a essa atenção, inclusive a próteses, cadeiras de rodas, outro auxílios para locomoção e dispositivos.

As políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência são elaboradas atualmente com a participação das próprias pessoas com deficiência ou de seus representantes, permitindo assim a criação de medidas diretamente ligadas a suas reais necessidades.

O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência foi instituído pela Portaria nº 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tendo como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no país e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS. Em 5 de junho de 2002, foi lançada a Política Nacional de Saúde das Pessoa Portadora de Deficiência, tendo como uma de suas diretrizes a assistência integral à pessoa com deficiência. Chamou a atenção para o fato de a pessoa com deficiência poder ser acometida de doenças e agravos comuns aos demais, além da necessidade de saúde específica da sua própria condição. Desta feita, deve ser assegurado a essa pessoa o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, e não apenas nas instituições específicas de reabilitação.

Na prática, constata-se grande despreparo dos médicos no atendimento de pessoas com deficiência, de acordo com o depoimento de pais e profissionais da área de reabilitação. Isso acarreta atrasos no diagnóstico, formas traumáticas de dar a notícia à família ou ao próprio paciente, diagnósticos equivocados, não encaminhamento dos pacientes a centros de reabilitação ou até mesmo seu encaminhamento inadequado.

A partir desse cenário, desde 2004, foi incluído o tema “Deficiência” na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1, dirigida ao curso de graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense. Esta inclusão se deu, ora para o primeiro, ora para o segundo período do curso. O número de estudantes de medicina nesse grupo variou de 11 a 16 (média de 13,5), totalizando 226 estudantes até o segundo semestre letivo de 2013. Na maior parte desse período, o tema “Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Deficiência” foi oferecido a estudantes do segundo período do curso, e durante quatro semestres, ao primeiro período, como “Deficiência e Direitos Humanos”.

O objetivo desse grupo de TCS 1 é levar os estudantes a perceber as particularidades da prestação de uma atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, através da apreensão dos sentidos de integralidade (segundo Mattos) na teoria e na prática; compreensão da vulnerabilidade desse grupo (condições primárias, secundárias e comorbidade); percepção dos aspectos culturais, sociais e políticos ligados à questão da deficiência; e promoção de atitudes positivas dos estudantes em relação a pessoas com deficiência. A proposta para este grupo foi orientada pelos seguintes pressupostos:

- Modelo biopsicossocial de perceber a deficiência;
- Respeito pela diferença e aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana;
- Conceito de deficiência apresentado no texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU): “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”;
- As pessoas com deficiência devem ser vistas como pessoas inteiras no contexto de suas famílias e comunidades;
- Dimensões do cuidado da saúde de qualidade: medicina centrada no paciente; segurança; eficácia; eficiência e equidade;
- “Nada sobre nós sem nós”, que significa que as pessoas com deficiência devem participar dos projetos desde seu planejamento

até a avaliação, inclusive como professores, palestrantes ou coordenadores de oficinas.

As atividades propostas incluem: 1) assistir e debater filmes (geralmente documentário) que chame a atenção para algum aspecto do tema; 2) debater em sala de aula, textos e artigos científicos; 3) visitar ONGs e OGs que atendem a pessoas com deficiência, no município de Niterói ou do Rio de Janeiro; 4) encontrar pessoas com diferentes tipos de deficiência; 5) realizar atividade conjunta com outros grupos de TCS1; 6) realizar vivências usando cadeira de rodas, vendas e bengalas de Hoover, avaliando a acessibilidade do centro da cidade de Niterói e em serviços de saúde (Polo do Programa Médico de Família; Policlínica e Hospital); 7) outras atividades que surgem como opção naquele período em especial.

Assistir e debater filmes

Existe um grande número de filmes, documentários ou não, que abordam direta ou indiretamente o tema da deficiência, mas os mais utilizados nesse grupo de TCS1 são: a) *Do luto à luta*; b) *Murderball: paixão e glória*; c) *Adam*; d) *O milagre de Anne Sullivan*; e) *Além da Luz*; f) *I am Sam*; g) *Sound and fury*, e h) *Beautiful music*. Os filmes trazem realidades de outros países, de várias pessoas com deficiência, e também permitem ouvir das pessoas com deficiência, ou seus familiares, depoimentos sobre questões delicadas do viver com deficiência, ou de serem pais de crianças com deficiência.

Debater em sala de aula, textos e artigos científicos

Ao texto de Ruben Mattos (2001) sobre os sentidos da integralidade, único fixo, são agregados outros textos, artigos e cartilhas, cuja escolha é determinada pela área específica de interesse do estudante. São exemplos:

- Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2002).
- *Care for patients with disabilities: an important and often ignored aspect of family medicine teaching* (JAIN, 2006).

- *How do I ask about your disability? An examination of interpersonal communication processes between medical students and patients with disabilities* (DUGGAN et al., 2010).
- O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas (COSTA et al., 2009).
- *World Report on Disability* (OMS, 2011).
- Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down, Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).
- *Talking to the parents of a baby who is likely to develop permanent neurological impairment following a brain insult in the perinatal period* (RYAN, 1995).
- Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada (BRASIL, 2008).

Visitar ONGs e OGs “de” e “para” pessoas com deficiência, no município de Niterói e do Rio de Janeiro

A seleção dos campos a serem visitados foi construída aos poucos, na medida em que a preceptora entrava em contato com instituições e participava de eventos referentes à deficiência. O número de OGs e ONGs visitadas variou de três, no primeiro semestre em que o tema foi oferecido, até 12, ao longo desses anos (quadro 1).

Quadro 1. OGs e ONGs visitadas de 2004 a 2014

- Associação Fluminense de Amparo aos Cegos
- Associação Fluminense de Reabilitação
- Associação Niteroiense dos Deficientes Físicos
- Associação de Pais e Amigos dos Deficientes da Audição
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- Instituto Benjamin Constant
- Instituto Brasileiro de Defesa das Pessoas com Deficiência
- Instituto Nacional de Educação de Surdos
- Instituto Pestalozzi
- Ministério Público. Promotoria da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência.
- Secretaria Municipal de Acessibilidade e Cidadania de Niterói
- Teatro Novo

As atividades realizadas nesses campos também variaram, a partir das solicitações e sugestões dos alunos e da credibilidade do projeto junto às instituições visitadas. O Instituto Benjamin Constant (IBC) e a Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (AFAC), campos que inicialmente eram apenas visitados pelos alunos, passaram a realizar vivências com os olhos vendados, como: Atividade de Vida Diária, Orientação e Mobilidade, Educação Física e Habilidades Básicas (IBC); Atividade de Vida Diária, Orientação e Mobilidade e Habilidades Básicas (AFAC).

No caso da Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), no princípio era realizada uma visita para conhecer todos os setores do centro de reabilitação. Atualmente, o grupo acompanha, no segundo dia de visita, alguns atendimentos a dois ou três dos seguintes serviços: fisioterapia respiratória, neurologia infantil, fisioterapia de adultos, atividade de vida diária, fonoaudiologia e grupo de amputados, coordenado por uma psicóloga.

Encontrar pessoas com diferentes tipos de deficiência

Ao longo desses anos, a preceptora conheceu pessoas com deficiência, das quais algumas que concordaram em participar do projeto. O contato direto com pessoas com deficiência permite aos estudantes perceber que elas possuem uma vida completa, como qualquer pessoa: trabalham, algumas moram sozinhas, têm vida social, são consumidoras e lutam para que seus direitos sejam respeitados. Esses parceiros participam da elaboração da proposta dos encontros e se colocam na posição de educadores.

No encontro com professoras surdas e ouvintes do Núcleo de Orientação à Saúde do Surdo (NOSS), do Instituto Nacional de Educação de Surdos, elas criaram simulações de atendimento médico a pessoas surdas que se comunicam de diferentes formas e conversaram sobre seu trabalho, incluindo a produção de material educativo em saúde. Uma pedagoga com sequela de encefalopatia crônica da infância coordena a atividade sobre o atendimento à pessoa com esta sequela (incluindo dramatização de atendimento), e orienta como transferir pessoas com diferentes deficiências motoras, de uma cadeira para outra.

Outro exemplo é o da artista plástica, poeta e professora aposentada do Instituto Benjamin Constant. O grupo visita sua residência, onde são apresentados ao leitor de tela Dos Vox, conversam sobre acessibilidade e etiqueta no encontro com pacientes cegos, além de perceberem que é possível uma pessoa cega morar sozinha. Ao todo, 13 pessoas com deficiência intelectual, motora ou sensorial conversaram com os estudantes.

Realizar atividade conjunta com outros grupos de TCS 1

Com o objetivo de integrar temas e dar oportunidade a cada grupo para conhecer um pouco do tema de outro, são planejadas discussões em sala com participação de convidados ou projetados filmes. Por exemplo: discussão sobre HIV/Aids e adolescentes surdos, em que receberam como convidados os grupos: Saúde do Adolescente e HIV/Aids; episódio da série *Law and Order Special Victims Unit*, que aborda abuso sexual de jovem com síndrome de Down, tendo como convidado o grupo sobre violência.

Realizar vivências

As vivências têm como objetivo avaliar a acessibilidade (arquitetônica/urbanística; comunicacional; instrumental e atitudinal) nas vias públicas, estabelecimentos comerciais e nos serviços de saúde (Polo do Programa Médico de Família; policlínica e hospital), usando cadeira de rodas, vendas e bengalas de Hoover. Aprendem sobre a importância de uma cadeira de rodas com as medidas corretas para o usuário em questão. Os estudantes aprendem ainda sobre o uso da bengala, noções de orientação, e a diferença entre se guiar por um corrimão contínuo ou não, ao descer/subir escadas. Ao final, experimentam se servir de café ou tomar sorvete. Apenas com óculos escuros e bengala, observam o olhar das pessoas em torno e como se dirigem a ele/ela.

Outras atividades que surgem como opção naquele período em especial

Em alguns semestres os grupos tiveram a oportunidade de participar de:

- aula didática do concurso para professor de Libras da Universidade Federal Fluminense;

- planejamento e execução de vivências dirigidas a funcionários dos cartórios do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro;
- *workshop* sobre deficiência, organizado pelo Núcleo de Acessibilidade e Inclusão Sensibiliza UFF (na época, coordenado pela preceptora) e pela Faculdade de Economia da UFF;
- coordenação de vivências no restaurante universitário durante a Agenda Acadêmica. Convidavam as pessoas na fila a almoçar usando vendas ou cadeira de rodas.

Todas as atividades, teóricas e práticas, buscam promover conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes positivas para o cuidado de pacientes com deficiência. O quadro 2, a seguir, apresenta os conteúdos voltados a atingir cada um desses objetivos.

Quadro 2. Conhecimentos, Habilidades e Atitudes

Conhecimentos

- Sentido da Integralidade (Ruben Mattos)
- Terminologia na era da inclusão
- Modelo médico e modelo biopsicossocial de ver a deficiência
- Acessibilidade arquitetônica / urbanística; comunicacional; instrumental-metodológica; programática e atitudinal, relacionada à atenção à saúde das pessoas com deficiência.
- Desenho universal
- Tecnologia assistiva
- Definições de “pessoa com deficiência”
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde
- História do Movimento de Luta das Pessoas com Deficiência
- Condições de saúde primárias, secundárias e comorbidade
- Vulnerabilidade das pessoas com deficiência
- Deficiência e envelhecimento
- Política Nacional de Saúde das Pessoas com Deficiência
- Escala de Desenvolvimento de Crianças Cegas
- Introdução ao sistema Braille
- Habilitação/reabilitação
- Principais causas de deficiência no Brasil e no mundo
- Independência e autonomia
- Mitos da motricidade orofacial na síndrome de Down

Habilidades

- Comunicação: Introdução à Língua Brasileira de Sinais; Comunicação com pacientes surdos oralizados, pacientes que usam a Libras, ou aqueles que desconhecem o português, não aprenderam Libras nem são oralizados.
- Etiqueta no encontro de pessoas com diferentes tipos de deficiência.
- Transferência entre cadeiras de rodas e mudança de decúbito de paciente hemiplégico, paraplégico ou tetraplégico no leito.

Atitudes

- Nem herói, nem vítima
- *Expertise* das pessoas com deficiência em relação a sua saúde
- A vida das pessoas com deficiência por elas mesmas
- Discriminação positiva e negativa

Os estudantes avaliam positivamente, tanto os campos quanto o conteúdo teórico. Referem redução do desconforto frente a pessoas com deficiência; conhecem o papel de cada profissional de saúde no cuidado da saúde desse grupo, e exemplos de integralidade na prática. Destacam que não apenas um grupo, mas toda a turma, deveria ter oportunidade de aprender sobre a atenção integral à saúde das pessoas com deficiência. Existe uma mudança de paradigma – da cura para a promoção da qualidade de vida, e na percepção de pessoas com deficiência, não mais como incapazes e infelizes.

Outro dado importante é que alunos desse grupo acabam se envolvendo em pesquisas e na divulgação do tema “Deficiência”, através da publicação de artigos e apresentação de trabalhos em congressos (COSTA; SILVA, 2012; COSTA, 2010; 2005; COSTA et al., 2009; 2008; 2006; VIEIRA et al., 2008).

O que é oferecido aos estudantes do grupo Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Deficiência, na Universidade Federal Fluminense, não deixa nada a desejar quando comparado a universidades estrangeiras como as de Estados Unidos, Inglaterra e Austrália. Entretanto, é importante que as particularidades do atendimento clínico e cirúrgico a pessoas com deficiência sejam incluídas nas ementas das disciplinas ao longo do curso médico.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Instituída através da Portaria nº. 1.060, de 5 de junho de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 de junho de 2002. Seção 1. v. 0, n. 0, p. 21.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de atenção à pessoa com síndrome de Down*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de deficiência. *A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- COSTA, L.S.M. et al. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 166-170, 2009.
- COSTA, L.S.M.; BOTELHO, I.V.; SOUZA, L.S. Abordagem do tema deficiência na literatura médica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 46, 2008, Salvador. *Anais...* Salvador, p. 246.
- COSTA, L.S.M.; Deficiência e Educação Médica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 43, 2005, Natal. *Anais...* Natal, p. 556.
- COSTA, L.S.M. Educação em Saúde para a comunidade surda. *Fórum INES*. Rio de Janeiro, v. 19/20p. 35-37, 2010.
- COSTA, L.S.M. et al. Abordagens de ensino e atitudes de estudantes de medicina em relação a pessoas com deficiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 44, 2006, Gramado. *Anais...* Porto Alegre, p. 382.
- COSTA, L.S.M.; SILVA, N.C.Z. Developing medical students' attitudes, knowledge and skills in health care of deaf people. *Interface Comunicação Saúde Educação*, v. 16, n. 43, p. 545-555, 2012.
- DUGGAN, A.; BRADSHAW, Y.S.; ALTMAN, W. How do I ask about your disability? An examination of interpersonal communication processes between medical students and patients with disabilities. *Journal of Health Communication*, v. 15, p. 334-350, 2010.
- JAIN, S. Care for patients with disabilities: an important and often ignored aspect of family medicine teaching. *Family Medicine*, v. 38, n. 1, p. 13-5, 2006.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 41-66.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *World Report on Disability*. Disponível em: <www.who.int>. Genebra, 2011.

RYAN, S. Talking to the parents of a baby who is likely to develop permanent neurological impairment following a brain insult in the perinatal period. *Postgraduate Medicine*, v. 71, p. 336-340, 1995.

VIEIRA, V.H.R. et al. Atenção integral à saúde da pessoa com deficiência: a teoria na prática. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 46. 2008, Salvador. *Anais...*, Bahia, 2008, p. 65.

Maternidade, maternidades

Maria Martha de Luna Freire¹

O conceito de “maternidade” mais utilizado pelas pessoas em geral é aquele que se refere à experiência de gerar e criar um filho. Françoise Thébaud² (2005) prefere usar a palavra no plural – maternidades. Tal opção se mostra bastante apropriada porque permite expressar, de um lado, a polissemia do termo e, de outro, a multiplicidade de possibilidades de vivências maternas. Assim, além da aceção de gestar, parir e cuidar, maternidade pode significar também: o lugar onde se realizam os partos; a relação material e afetiva estabelecida dentro de um esquema de parentesco; e o nome dado às obras de arte que representam mãe e filho. A historiadora francesa confere então à maternidade uma condição no mínimo tríplice: de estado, ou seja, a qualidade de ser mãe; de ação – dar à luz –; e de lugar, referindo-se ao estabelecimento hospitalar destinado à parturição (THÉBAUD, 1986, p. 8).

Fenômeno simultaneamente biológico e cultural, a historicidade da maternidade tem sido demonstrada por trabalhos realizados em todo o mundo, sob a interface de disciplinas diversas, sobretudo a partir da década de 1970, na esteira do florescimento dos estudos de gênero e de história das mulheres. Reconhecendo a historicidade do conceito,

¹ Médica, Doutora em História das Ciências e da Saúde (FIOCRUZ); professora no Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva e no Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

² Françoise Thébaud é professora de História Contemporânea na Universidade de Avignon, diretora da revista *CLIO, Histoire, Femmes et Sociétés*, e autora de inúmeras obras especialmente no campo da História das Mulheres, onde é referência internacional.

Yvonne Knibiehler (2004) propôs uma redefinição contemporânea do termo “maternidade”, que ultrapassasse a designação social comum, mera versão feminina de um lugar parental. Preferiu operar com a noção de parentalidade. Forjada pelo cruzamento da psicologia e da sociologia, tal expressão englobaria pai, mãe ou qualquer outro adulto responsável pela criação, em suas relações afetivas e educativas com filhos (próprios ou de outros). Liberado de seu adjetivo de gênero, o conceito de parentalidade seria, portanto, mais abrangente e adequado para incluir a multiplicidade e diversidade de arranjos e experiências familiares concretas, como as famílias monoparentais, aquelas formadas por casais homoafetivos, etc.

A maternidade encontra-se ainda no centro de um debate feminista que polariza a questão em termos de sua representação como uma experiência alienante, associada ao sistema de dominação patriarcal ou, ao contrário, como vivência fundamental na construção da identidade feminina. Remete, assim, de um lado, ao maternalismo – movimento de caráter mundial que defende a preponderância do papel de mãe para todas as mulheres –, e de outro, aos processos de transformação social, política e econômica, e as mudanças nos comportamentos que os acompanham (MARTINS, 2004; FREIRE, 2009, 2011).

Apesar de tentar ser a expressão de um fenômeno supostamente homogêneo, qual seja, a função feminina biologicamente determinada da maternidade, o maternalismo é um conceito teórico, apropriado pelas diferentes sociedades de maneiras distintas. Mas ainda que matizada pelas especificidades locais, os pressupostos comuns à ideologia maternalista foram os principais elementos que fundamentaram a elaboração de legislação e a realização de ações concretas de proteção social a mães e filhos no mundo ocidental desde as primeiras décadas do século XX (FREIRE, 2011).

No campo da assistência à saúde, as medidas de proteção à maternidade desenvolvidas tanto na Europa como nas Américas situavam-se, de maneira geral, como parte de uma política mais ampla de proteção à família e desconsideravam outras dimensões do mundo feminino, tomando sob sua responsabilidade apenas as mulheres enquanto mães. Tais políticas protecionistas foram incentivadas e apoiadas pelas principais correntes dos primeiros movimentos feministas, que atribuíam à função maternal

uma dimensão de função social (BOCK, 1991; FREIRE, 2008). A “segunda onda” do movimento feminista, que floresceu a partir dos anos de 1980, tensionou os pressupostos maternalistas e a noção de “sororidade” – ou seja, a concepção de uma suposta identidade biológica feminina essencial em torno da maternidade. Foram conduzidas ao centro do debate variáveis de classe, raça e geração, destacando-se ainda outras dimensões da vida das mulheres para além da maternidade, e questionadas as abordagens e iniciativas assistenciais reducionistas então propostas e praticadas (COSTA, 2004).³

De outro lado, mudanças nos padrões e experiências de maternidade no mundo contemporâneo, decorrentes, entre outros, da entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, produziram novos comportamentos no campo reprodutivo. O desenvolvimento de métodos contraceptivos mais seguros foi outro elemento que contribuiu de forma mais concreta para conferir à maternidade moderna a dimensão de uma escolha reflexiva, apontando ainda para a necessidade de uma divisão mais equitativa da tarefa de criação dos filhos e o compartilhamento da responsabilidade parental (SCAVONE, 2001).

Os desafios técnicos e éticos desencadeados por novas práticas sociais – como a incorporação crescente (e muitas vezes acrítica) de tecnologias de reprodução assistida; as polêmicas geradas por propostas de descriminalização da prática do aborto; a atualização dos princípios norteadores das políticas e da legislação sobre adoção; a ocorrência de gestações em faixas etárias cada vez mais iniciais ou tardias, as demandas por direitos legais de casais homoafetivos –, são questões inadiáveis que se apresentam para o debate do conjunto da sociedade, e em particular para intelectuais e profissionais da área da saúde. Registros crescentes de casos de estupro que muitas vezes resultam em gravidez; as intensas disputas médicas, políticas, jurídicas e religiosas no que se refere à prática de aborto; os usos e abusos de contraceptivos de emergência são outros pontos de pauta que repercutem na prática médica.

³ Sobre as tensões e conflitos decorrentes, no que se refere a uma assistência integral à saúde da mulher, ver o capítulo correspondente.

No âmbito das políticas públicas, estratégias recentes como a Rede Cegonha⁴ atualizaram o debate social devido à ênfase na dimensão feminina maternal, indo de encontro ao processo de criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em seu esforço de não reduzir as mulheres a sua função reprodutiva (FARAH, 2004). Disputas profissionais, éticas e jurídicas que envolvem médicos, enfermeiras obstetrias, parteiras e *doulas*, muitas vezes colocando essas categorias de cuidadores em campos opostos no que se refere a formas de nascer; preocupações quanto aos alarmantes índices de cesariana praticadas no Brasil; tentativas de humanização do parto, devolvendo à mulher seu protagonismo perdido; menor tolerância às práticas de violência obstétrica são outros assuntos candentes que exigem posicionamento e enfrentamento na esfera das ciências da saúde (DANTAS BERGER; GIFFIN, 2011).

No que se refere à vivência cotidiana da maternidade, para além das ações de acompanhamento do nascimento e da puericultura, os médicos vêm sendo convocados a emitir pareceres técnicos e aconselhamento diante de questões renovadas conforme padrões atualizados de exigência, tais como as variáveis de comportamento, rendimento escolar, expectativas de crescimento físico das crianças, entre outros. Muitas vezes a intervenção resultante se traduz em diagnósticos excessivos de distúrbios como, por exemplo, a hiperatividade e a medicalização abusiva da infância. Em paralelo, observa-se um *boom* de programas televisivos e aplicativos de internet voltados para a orientação das mães na criação de seus filhos, que se fornecem informações úteis podem também alimentar culpas e inseguranças, estimulam o consumo de novos objetos de saúde e contribuem para o reforço de estereótipos de gênero, classe e etnia.

No campo da formação médica, evidencia-se, portanto, como necessidade imperiosa, o estabelecimento na grade curricular de espaços de reflexão e problematização a respeito das múltiplas e diversificadas experiências de maternidade no mundo contemporâneo. Para além

⁴ A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, lançada em 2011 e operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e qualificação da assistência à gestação, parto e saúde da criança de 0 a 24 meses (BRASIL, 2011).

das abordagens propiciadas pelas disciplinas voltadas para o estudo da dimensão biológica da gestação e do parto e da técnica da puericultura, deve-se buscar favorecer a compreensão das dimensões culturais e sociais da maternidade, e do desenvolvimento de ações pautadas pelos princípios da integralidade do cuidado e estímulo à autonomia dos sujeitos.

A gestação e o parto são eventos sociais de caráter singular, experiências humanas das mais significativas que envolvem não apenas a mãe e o pai, mas também a família e toda a comunidade, além dos profissionais de saúde. Entretanto, muitas vezes esses eventos são objeto de intervenções desnecessárias, de potencial iatrogênico ou mesmo violento, transformando-os em situações de medo, insegurança e impotência. Justifica-se assim, sob outro ângulo, a relevância de uma proposta docente voltada para o nascimento e o parto que reconheça seu caráter historicamente determinado e suas dimensões socioculturais. A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1 (TCS 1), pelas características já explicitadas, tem se mostrado o cenário mais apropriado e conveniente para o ensino/aprendizado desse assunto.

A introdução do tema Maternidade no TCS 1 vem ocorrendo há alguns anos, inicialmente no módulo ofertado ao primeiro período do curso de medicina, que tem como eixo a dimensão sociocultural da saúde, da doença e da prática médica. Posteriormente, foi incorporado também ao conjunto de temas do segundo período, onde se discute a integralidade do cuidado, recebendo, entretanto, abordagens distintas, conforme as especificidades e propósitos de cada segmento. Este trabalho pretende compartilhar reflexões sobre a experiência docente no processo de construção do tema “Maternidade” no âmbito da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I no primeiro e segundo períodos do curso de Medicina da UFF.

Maternidade como dimensão da vida

No primeiro período, o objetivo geral do TCS 1 é refletir sobre a dimensão sociocultural da saúde, da doença e da prática médica. No que se refere mais especificamente ao tema “Maternidade”, tomamos como

principal objetivo: estimular a discussão e reflexão sobre a maternidade como um fenômeno complexo, historicamente construído, com dimensões simultaneamente biológica, psicológica, cultural, política e social, e como experiência individual e coletiva singular.

Foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: refletir sobre os múltiplos sentidos da maternidade; explorar a ampla variedade de possibilidades de experiências de maternidade nas diversas fases e situações da vida de pessoas e grupos sociais; identificar algumas implicações da realização da maternidade como contingência, desejo e/ou escolha; discutir práticas cotidianas de exercício da função maternal, em particular a amamentação; problematizar o papel do médico e dos demais profissionais de saúde na vivência da maternidade.

Para alcançar esses objetivos, lançou-se mão de atividades de reflexão e reelaboração de conceitos de maternidade; leitura e discussão de textos em sala de aula; análise de materiais literários, humorísticos e publicitários, e de filmes que envolvem a questão da maternidade; atividades de campo com utilização de técnicas de entrevista, história de vida e observação participante, realizadas em cenários diversificados de vivência da maternidade, preferencialmente fora do ambiente de serviços de saúde.

No primeiro período, são privilegiados como campos cenários onde a “vida real” transcorre, e onde se vivencia a maternidade nas atividades cotidianas. Assim, podem incluir espaços frequentados por crianças pequenas e seus acompanhantes (mães, pais, avós, irmãos, babás...), como parques, creches e escolas; maternidades públicas e/ou privadas, incluindo casas de parto; instituições de apoio à adoção ou que prestam serviços de reprodução assistida; bancos de leite humano; grupos de apoio à amamentação, entre outros. Nesses cenários os alunos buscam apropriar-se de alguns dos sentidos atribuídos à maternidade por pessoas, independentemente de variáveis de gênero, classe ou idade, buscando a pluralidade de concepções e experiências.

De outro lado, acena-se com a possibilidade de conversar com pessoas que vivenciam a maternidade em situações singulares, como mulheres e homens soropositivos e suas estratégias para a realização do desejo

de ter filhos;⁵ mulheres que desafiaram sua condição de deficiência física teoricamente impeditiva de gestação;⁶ mães e pais adolescentes, buscando suas motivações e reações;⁷ mulheres que carregam no ventre crianças com síndromes genéticas ou doenças congênitas graves, muitas delas incompatíveis com a vida; casais diagnosticados como inférteis, e suas escolhas por tecnologias reprodutivas; famílias que optaram pela adoção.⁸ A nuliparidade, ou a opção de não ter filhos, constitui outro ponto de discussão relevante, sobretudo em sua perspectiva de gênero.

Alguns aspectos desse amplo espectro de desejos, possibilidades e interdições são abordados em cenários artificiais, através da exibição e discussão de filmes, ficcionais ou documentais. Alguns desses filmes podem ser utilizados indistintamente tanto no primeiro como no segundo períodos, conferindo-se, entretanto, uma inflexão no sentido das discussões.

O filme *Baby Love*,⁹ por exemplo, sob o formato atraente do gênero comédia, permite a discussão de uma gama múltipla de situações, como divergências entre os cônjuges quanto ao desejo de ter filhos, maternidade em casais homoafetivos, “barriga de aluguel”, a tirania do “relógio biológico”, aborto e adoção. Por ter como personagem principal um médico pediatra, aproxima também os alunos de situações bastante típicas da prática cotidiana do consultório, propiciando a reflexão sobre as relações entre os pais e o médico e os conflitos intrafamiliares no que se refere à criação dos filhos.

Outra película que se mostra pertinente ao tema é *Destinos ligados*,¹⁰ que tomando como ponto de partida uma situação de adoção, apresenta de forma dramatizada suas implicações na vida de mulheres e homens durante duas gerações. O filme possibilita a percepção das transformações conceituais e comportamentais geracionais, e os conflitos daí decorrentes,

⁵ Buscando-se uma articulação com os campos “Coordenação de Aids”, “Infância”, “Saúde da mulher” e “Masculinidades”.

⁶ Procura-se dialogar nesse caso com o tema “Atenção integral à saúde da pessoa com deficiência”.

⁷ Em diálogo com o grupo que trabalha o tema “Atenção à saúde do adolescente”.

⁸ Atividades realizadas habitualmente em conjunto com o grupo de “Infância”.

⁹ No original, *Comme les autres*, uma produção francesa de 2008 dirigida por Vincent Garez baseada numa situação verídica.

¹⁰ Dirigido por Rodrigo Garcia e lançado em 2009, o filme tinha como título original *Mother and child*.

inclusive no âmbito das formações familiares, das relações de gênero, da assistência e do cuidado à saúde.

Já Fim do silêncio é um documentário dirigido por Thereza Jessouroun, com o objetivo, expresso no próprio título, de dar visibilidade à questão da realização de aborto no Brasil, problematizando as motivações e consequências desta prática para as mulheres, sobretudo no que se refere a sua criminalização. Além de despertar polêmica pelo próprio tema, o patrocínio de uma instituição pública¹¹ tornou o filme alvo de críticas acirradas, tanto positivas como negativas, o que para a autora demonstrou o acerto da sua escolha.¹² Ademais da discussão espontânea instigada pela exibição do filme, a reprodução em sala de aula de debate público sobre o aborto, através da realização de atividades como júri simulado, dramatização, ou outras semelhantes, permite aos alunos acumular informação sobre o assunto, treinar a percepção, desenvolver o respeito por posições antagônicas e exercitar a argumentação, habilidades que se mostrarão úteis em suas práticas profissionais.

Apesar de existirem alguns campos previamente escolhidos, a própria dinâmica da disciplina abre espaço para sugestões de campos por parte dos alunos (alguns dos quais foram posteriormente incorporados como regulares), assim como a introdução de temas correlatos à maternidade, decorrentes das experiências/interesses dos alunos. A iniciativa de propor aos alunos uma conversa com seus pais, através da técnica de história de vida, logo ao início da disciplina, além de resgatar questões familiares ligadas a seus próprios nascimentos, tem rendido pontos surpreendentes de discussão para o grupo. O relato de uma aluna, de que o pai a viu pela primeira vez após quase 24 horas de vida, pois ela deu o “azar” de nascer durante a noite, e a tristeza lembrada 18 anos depois, por exemplo, desencadeou amplo debate sobre o papel masculino na gestação, parto e criação dos filhos, e de práticas médicas que favoreçam a inserção dos homens nesse processo.

¹¹ O filme foi selecionado em edital público para receber financiamento da Fundação Oswaldo Cruz.

¹² Conforme depoimento ao site Cinéfilos (<http://cinefilosjunior.wordpress.com/tag/documentarios>), acessado em 04/08/2012.

Experiências de maternidade e integralidade do cuidado

No segundo período, conforme o objetivo mais amplo de discutir a integralidade da atenção à saúde, busca-se propiciar aos alunos a observação crítica e reflexiva sobre o ato de cuidar, no âmbito das experiências e práticas da maternidade, em particular no que se refere ao parto e à amamentação.

São objetivos específicos então: identificar como se realiza a atenção à maternidade em serviços de saúde, no que concerne à integralidade do cuidado, especialmente nos aspectos relacionados ao acolhimento, vínculo, autonomia, interinstitucionalidade e interdisciplinaridade; identificar práticas de integralidade no acompanhamento da gestação; identificar práticas de integralidade no acompanhamento ao parto, em particular no que se refere à possibilidade de escolha consciente do tipo de parto; e identificar práticas e estratégias de apoio à amamentação.

Para alcançar esses objetivos, lança-se mão de leitura e discussão de textos sobre tipos e posições de parto; humanização do parto e do nascimento; benefícios, dificuldades e desafios em amamentação; políticas públicas de atenção à gestação e ao parto; iniciativas governamentais e não governamentais de incentivo ao aleitamento materno; o debate em torno da descriminalização do aborto; estratégias que propiciem aos alunos o resgate e reconstrução de suas próprias histórias gestacionais, de nascimento e amamentação; atividades de campo com utilização de técnicas de entrevista, história de vida e observação participante, realizadas em cenários diversificados de vivência da maternidade.

Como cenários de campo possíveis, temos: ambulatórios de pré-natal e de puericultura, maternidades – tanto de baixo como de elevado risco materno e fetal –; creches; instituições e organizações sociais voltadas para o apoio à amamentação, à adoção e à defesa dos direitos de mães e filhos; e serviços destinados ao cuidado a crianças doentes ou com deficiências físicas.

Nesses cenários, os alunos podem desenvolver, entre outros, reflexões críticas quanto ao acolhimento, à percepção subjetiva de qualidade da assistência, à autonomia na escolha do tipo de parto e à integração entre

as diferentes categorias profissionais de saúde. De modo geral, esses debates convergem para o tema da humanização do nascimento, atualmente alvo de política pública específica. Mas repercutem também nas escolhas pessoais de alunos e alunas, que revelam mudanças nos preconceitos cristalizados em relação às presumidas vantagens da cesariana como via preferencial de parto. Já em instituições de assistência a crianças com deficiências físicas, os alunos podem conhecer algumas maneiras como mães e pais lidam com a condição e o tratamento de seus filhos, assim como as estratégias voltadas para o atendimento integral às necessidades dessas famílias.

No que se refere à amamentação, o tema pode ser explorado em profundidade através de atividades realizadas em instituições como a ONG Amigas do Peito, os Bancos de Leite do Instituto Fernandes Figueira e do Hospital Universitário Antonio Pedro e o Projeto Canguru da Maternidade Leila Diniz, onde os alunos têm oportunidade de observar a atuação de equipes multidisciplinares, em especial o trabalho de profissionais do campo da Enfermagem, Fonoaudiologia e Nutrição. Além de ampliar conhecimentos sobre o aleitamento como um processo simultaneamente natural e cultural, é propiciada uma vivência significativa do trabalho em equipe na saúde, preparando os alunos para sua prática profissional.

Já a visita técnica à Maternidade Fernando Magalhães, referência para o atendimento a vítimas de violência sexual e realização de aborto seguro, estimula a discussão da maternidade em sua interface com dimensões de gênero e violência, revelando outra face do tema “Maternidade”, pouco abordada no currículo médico, mas não menos frequente em suas práticas. O cenário é propício também para uma revisão de preconceitos e discriminações e dos limites éticos profissionais.

Dentre a possibilidade de utilizar como ferramenta de ensino/aprendizado os mesmos filmes dirigidos ao primeiro período, no segundo período são privilegiados aqueles que evocam situações de cuidado à gravidez, ao nascimento e a criação dos filhos. Assim, promove-se uma sessão, preferencialmente em conjunto com o grupo que discute Saúde do Adolescente, do filme *Meninas*, documentário realizado por Sandra

Werneck que retrata a trajetória de quatro jovens de 13, 14 e 15 anos, moradoras de favelas do Rio de Janeiro, durante a gestação, o parto e seus primeiros dias como mães. Sem trazer respostas prontas ou simplificar o assunto, o filme instiga a uma especulação sobre os motivos e circunstâncias que levam cada uma delas a engravidar, problematizando concepções cristalizadas sobre o “problema” da gestação na adolescência e questionando a efetividade das políticas de controle de natalidade que nele se baseiam.

Outro documentário, intitulado *O aborto dos outros*,¹³ acompanha casos de mulheres que receberam atendimentos em hospitais públicos de São Paulo autorizados a realizar abortamentos previstos por lei, e outros de abortos realizados clandestinamente. Focando não apenas as rotinas e procedimentos técnicos, ou os números assustadores das estatísticas, mas o drama humano inerente a cada caso, o filme expõe a magnitude e explora a complexidade e multiplicidade de dimensões referentes ao aborto, contribuindo para a ampliação do olhar dos alunos sobre a questão, evitando análises reducionistas e fornecendo elementos para o debate político-institucional – particularmente quanto aos efeitos de sua criminalização, sobretudo para as mulheres, e sua inclusão como um problema do âmbito da saúde pública.

Maternidade, maternidades: algumas considerações finais

Aos múltiplos sentidos atribuídos à palavra “maternidade” pela historiadora Françoise Thébaud, poderíamos acrescentar aqueles devidos à multiplicidade de experiências de maternidade vividas por pessoas e grupos sociais, com graus diferentes de complexidade, caracterizando-a como uma vivência coletiva e plural, de caráter singular. As práticas compartilhadas pelos alunos ao longo de vários semestres letivos demonstram, em suas próprias palavras, sua percepção sobre o fenômeno, a possibilidade de refletir sobre temas não habituais, a revisão de conceitos e a mudança de paradigmas:

¹³ Produção brasileira de Carla Gallo, de 2008.

Esse momento serviu para que eu entendesse que sem querer colocamos barreiras e limites para as pessoas, baseados em preconceito e esquecendo a capacidade humana de superar as dificuldades. (L., relatório individual, agosto 2013, ao relatar a aceitação e os esforços de uma mãe no tratamento de filho com deficiência grave).

Devo admitir que acreditei que fosse muito mais fácil amamentar, acreditei que fosse um conhecimento intrínseco... (R., relatório individual da participação em grupo das Amigas do Peito, agosto 2013).

[...] pude ver como é a humanização na prática. (M., relatório individual da visita à Maternidade Leila Diniz, outubro 2010).

Primeiro pensei em ir na enfermaria em que meninas adolescente estavam com seus filhos, pois pensei que seria mais fácil devido à proximidade de idade. No entanto, depois pensei que isso, na verdade, poderia ser um problema, já que, confesso, achei que pudesse haver um estranhamento de ambas as partes por causa da diferença das realidades a que pertencemos. (M., relatório individual da visita à Maternidade Municipal Alzira Reis, junho 2013).

Algumas dessas mulheres engravidaram por opção, o que mudou um pouco nossa visão quanto à gravidez na adolescência, pois achávamos que a maioria tinha filhos por acidente, falta de informação, entre outros. (Relatório coletivo, dezembro 2010).

Após a constatação quase unânime de quão distante se encontram da realidade de vida da maior parte da população, os estudantes por vezes se surpreendiam com as críticas realizadas à prática médica; outras vezes, com as “lições” recebidas pelas mães. Valorizaram os contatos diretos com pessoas não apenas como oportunidade de superar dificuldades de comunicação, mas também como confirmação do que antes era discutido apenas em sala de aula, e da necessidade de o médico “ouvir o que o paciente tem a dizer”. O comentário de uma aluna sobre conversa com mulher portadora de HIV que desejava ser mãe, e das dificuldades enfrentadas, é representativo:

Foi a primeira vez que vi na prática todos os assuntos debatidos em sala e pude perceber REALMENTE o quanto isso é complexo – na maioria das vezes a teoria não consegue transparecer (sic) nem um décimo da

realidade, e ver aquelas pessoas ali, na minha frente, contando histórias reais, foi um diferencial desse campo. (B., em 6/8/2013).

E ainda:

Eu acabara de escutar um depoimento sincero sobre o que uma pessoa sente [...] sei que tive uma aula ímpar, que certamente não está em nenhum livro... (E., 27/8/2013).

Os comentários, críticas e avaliações discentes vêm contribuindo para enriquecer as estratégias de ensino/aprendizado e confirmando a pertinência da inserção do tema “Maternidade” na disciplina TCS 1, ao mesmo tempo em que aponta a insuficiência de espaços de discussão da humanização do nascimento na grade curricular do curso de medicina. Resultados preliminares da pesquisa *Nascer no Brasil*¹⁴ revelam, entre outros, a ausência de um planejamento reprodutivo e mudanças nas práticas obstétricas com aumento sistemático das taxas de cesariana e os decorrentes impactos negativos para a saúde de mulheres e crianças. Em que pese a complexidade e multiplicidade de fatores envolvidos nesse fenômeno, possivelmente ainda há muito o que fazer no campo da formação médica...

Referências

- BOCK, G. Pobreza feminina, maternidade e direitos das mães na ascensão dos Estados-providência (1890-1950) In: DUBY, G.; PERROT, M. (dir.). *História das mulheres no Ocidente*. Porto: Afrontamento, 1991. p. 435-477.
- BURSZTYN, I.; TURA, F.R.; CORREA, J. da S. Acesso ao aborto seguro: um fator para a promoção da equidade em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 475-487, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 de junho de 2011. Seção 1.

¹⁴ O projeto *Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento* está sendo executado por um grupo de pesquisa coordenado por Maria do Carmo Leal e composto por diversas instituições universitárias, Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Mais detalhes em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>>, acessado em 14/04/2014.

COSTA, S.G. Movimentos feministas, feminismos. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n. esp., p. 23-36, set.-dez. 2004.

COVA, A. *Maternité et droits des femmes en France (XIX^{ème} - XX^{ème} siècles)*. Paris: Anthropos, 1997.

DANTAS BERGER, S. M.; GIFFIN, K. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface*, v. 15, p. 391- 405, 2011.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n. 1, jan-abr. 2004.

FREIRE, M. M. de L. *Mulheres, mães e médicos*. Discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: FGV/UFRJ, 2009.

_____. Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XV, supl., p. 153-171, jun. 2008.

_____. Maternalismo e proteção materno-infantil: fenômeno mundial de caráter singular. *Cadernos de História da Ciência*, São Paulo, v. VII, n. 2, p. 55-70, 2011.

KNIBIEHLER, Y.; NEYRAND, G. (dir.). *Maternité et parentalité*. Rennes: Éditions ENSP, 2004.

MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino*. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface*, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001.

THÉBAUD, F. Editorial. *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, v. 21, p. 9-16, 2005.

Racionalidades médicas: um relato de experiência em Trabalho de Campo Supervisionado 1

Maria Inês Nogueira¹

A introdução do tema “Racionalidades Médicas” no ensino permite apresentar novas abordagens sobre o adoecimento humano. Por utilizarem concepções diferentes sobre o processo saúde-doença, duas perspectivas se destacam: a anatomoclínica (que orienta o modelo biomédico) e a vitalista (que embasa a homeopatia, a medicina chinesa, a medicina ayurvédica, entre outras).

A categoria “Racionalidade médica”, proposta por Madel Luz no início dos anos 1990, pode ser resumidamente definida como “um sistema lógica e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais”, quais sejam: morfologia (anatomia humana); dinâmica vital (fisiologia); doutrina médica; sistema de diagnósticos e sistema de intervenções terapêuticas. Além desses elementos constitutivos, considera-se que os fundamentos das diversas racionalidades residem numa cosmologia, ou cosmovisão, que impregna todas as dimensões das racionalidades, qualificando suas raízes filosóficas. A utilização dessa categoria permite o estudo comparativo de sistemas médicos complexos, sem que haja um juízo de valor ético ou epistemológico. As dimensões se configuram como “signos de comensurabilidade” e passam a ser a base de comparação entre as diversas racionalidades estudadas (LUZ, 1996, 2012).

¹ Doutorado e pós-doutorado em Saúde Coletiva (Instituto de Medicina Social, UERJ); professora adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense.

A perspectiva vitalista é essencialmente uma perspectiva integradora, por estar centrada tanto na experiência de vida do paciente como na sensibilidade do terapeuta em detectar sinais de desequilíbrio nessa experiência. Caracteriza-se por estar assentada no primado da energia sobre a matéria e do doente sobre a doença. A noção de que a energia organiza a matéria (e as estruturas orgânicas) e não vice-versa constitui o aspecto teórico unificador dessa proposta (QUEIROZ, 2006).

A partir da década de 60, verificou-se um renascimento da perspectiva vitalista na área da saúde, impulsionado pelo “movimento da contracultura”. Campbell (1997) defendeu a existência de um processo de orientalização recente e progressiva do Ocidente, que se iniciou nesse período, quando um conjunto de crenças “essencialmente orientais” foi adotado pela minoria influente que compunha a contracultura. Com o impacto dessas ideias na sociedade ocidental, verificou-se um crescimento de todas as racionalidades e práticas que partilham de uma perspectiva vitalista.

Na Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criticou o modelo médico hegemônico baseado no hospital e na indústria farmacêutica e passou a recomendar a utilização dos recursos das medicinas não oficiais pelos sistemas nacionais de saúde. Tal postura apareceu pela primeira vez no Brasil na proposta da VIII Conferência de Saúde, em 1986, e inspirou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a inclusão das chamadas “práticas alternativas” como direito democrático do usuário escolher a terapêutica preferida (QUEIROZ, 2006).

Nos últimos anos, o campo da Saúde Coletiva no Brasil trouxe à tona a discussão sobre a integralidade das ações de saúde, incrementando o debate sobre as práticas de cuidado integrais. Essa discussão envolve necessariamente a questão da formação em saúde. A formação médica tradicional, orientada pela categoria “doença”, privilegia a objetivação dos problemas de saúde ao enfatizar os aspectos biológicos do adoecimento. Já as propostas de reorientação da formação profissional em saúde buscam organizar as práticas profissionais a partir de um referencial mais abrangente

– as “necessidades de saúde” da população – com o objetivo de ampliar o olhar desses profissionais para o sujeito doente (NOGUEIRA, 2012).

Ao refletir sobre as contribuições do paradigma vitalista na área da saúde, Luz (2005) destaca alguns de seus aspectos inovadores: a afirmação da Saúde como categoria central; a valorização do Sujeito doente ao invés da Doença; a importância da relação terapeuta-paciente como elemento fundamental do atendimento; a busca de meios terapêuticos simples, baratos e eficazes em situações comuns de adoecimento e o resgate da autonomia do paciente. Do mesmo modo, é possível estabelecer uma articulação entre essas características e certas premissas humanizadoras trazidas pelo campo da Saúde Coletiva, tais como: a promoção da saúde, a ampliação da clínica, o acolhimento, o cuidado e a integralidade das ações de saúde.

Racionalidades Médicas em Trabalho de Campo Supervisionado 1

Apresentamos a seguir o relato de uma experiência de ensino com o tema das racionalidades médicas na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1, oferecida no primeiro ano da graduação médica da UFF.²

A Escola Médica da Universidade Federal Fluminense (UFF) desenvolveu um processo de mudança curricular desde 1992, que foi implementado em 1994. O novo currículo ampliou a participação dos estudantes nas atividades práticas durante toda a graduação e introduziu cenários diversificados de aprendizagem. No Programa Prático-Conceitual da grade curricular, destaca-se como inovação a disciplina Trabalho de Campo Supervisionado (TCS). Durante o primeiro ano de formação, em TCS, os alunos, em grupos de 10 a 12, visitam diversos espaços e instituições supervisionados por um preceptor (SAIPPA-OLIVEIRA et al., 2004).

A disciplina TCS 1 é estruturada a partir de dois eixos: saúde-cultura, no primeiro período, e integralidade, no segundo. Trabalha-se com uma

² Este relato de experiência tem por referência o texto “Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade”, que faz parte da coletânea *Por uma sociedade cuidadora*, publicada pelo LAPPIS/IMS-UERJ. Foi também apresentado no X Seminário do Projeto Integralidade em 2010 (NOGUEIRA, 2010).

metodologia ativa de ensino-aprendizagem – os estudantes participam da construção da disciplina através de suas opiniões e sugestões em várias etapas do processo avaliativo. No final do semestre cada grupo apresenta sua experiência para a turma toda em um seminário final.

Como os eixos saúde e cultura e integralidade são complementares, a abordagem do tema “Racionalidades Médicas” na disciplina TCS 1 pode ser feita tanto no primeiro período como no segundo. A experiência de Trabalho de Campo Supervisionado aqui descrita refere-se a um grupo do primeiro período.

Em um primeiro momento, a proposta de trabalho é comum a todos os grupos. Apresentam-se a inter-relação entre saúde e cultura e a contribuição das ciências humanas e sociais para a compreensão do processo saúde-doença. Em seguida, são discutidos textos sobre pesquisa social em saúde. Após essa etapa inicial, cada grupo se volta para seu tema específico. Faz-se uma abordagem prático-conceitual das três racionalidades médicas escolhidas para estudo – biomedicina, medicina chinesa e homeopatia. A proposta central é mostrar como cada modelo médico foi construído e como se trabalha com aquele modelo. Inicia-se então uma discussão em sala de aula de cada racionalidade médica em questão, a partir da leitura de textos e de outras dinâmicas associadas (filmes, debates, dramatizações, etc.).

Em TCS, o cinema é utilizado como instrumento pedagógico em vários momentos: na apresentação da disciplina, em situações específicas de cada grupo e na organização de sessões coletivas enfocando um assunto relevante para toda a turma. Para o grupo das Racionalidades Médicas, são exibidos inicialmente dois filmes: *Lição de anatomia* (produção UFRJ-UFF) e *O sentido da vida* (episódio “O Nascimento”) – do grupo *Monty Python*. Ambos traçam uma visão crítica da medicina, com enfoque na profissão médica, na relação médico-paciente e nas consequências indesejáveis do uso abusivo da tecnologia.

Na apresentação das racionalidades médicas vitalistas, utiliza-se o filme *Hair* (de Milos Forman), que recria a atmosfera da contracultura e contextualiza o surgimento das chamadas “medicinas alternativas” no Ocidente. Apresenta-se também um documentário sobre as Medicinas

Integrativas (produzido pela *Globo News*), com depoimentos de terapeutas e pacientes.

Os campos das Racionalidades Médicas são os momentos mais aguardados pelos estudantes. São programadas visitas às instituições de saúde e de ensino relacionadas com as três racionalidades médicas estudadas. A observação dos atendimentos é orientada por um roteiro, elaborado em conjunto com os alunos, com foco nas seguintes questões: impressões sobre o ambiente; relação médico-paciente; articulação da anamnese com os conceitos de *illness* e *disease* (CAMARGO JR, 1998); e observações dos sentimentos do observador.

O Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) foi utilizado como campo de observação da biomedicina em dois espaços específicos: o ambulatório de endocrinologia e a enfermaria de clínica médica. Na medicina chinesa, os ambulatórios de acupuntura (da Policlínica Sylvio Picanço, em Niterói, e do Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro) foram os escolhidos como campo de observação. E para conhecer a homeopatia, os campos selecionados foram o ambulatório de homeopatia da Policlínica Sérgio Arouca, em Niterói, e o Instituto Hahnemanniano do Brasil, no Rio de Janeiro. Por fim, programa-se uma visita à ONG Ação pelo Semelhante – que desenvolve inúmeras ações em prol do conhecimento e da difusão da homeopatia, além de divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para a população.

A percepção dos alunos

No final do curso, foi solicitado que os alunos³ respondessem à seguinte pergunta: “Na sua opinião, qual a principal contribuição do tema das Racionalidades Médicas para a formação médica?”. Dos nove alunos do grupo, oito enviaram seus comentários por *e-mail*. Foram então selecionadas as cinco categorias temáticas mais significativas do conjunto

³ Todos os alunos do grupo assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a utilização de seus comentários em eventuais publicações, com a garantia de sigilo dos nomes dos participantes.

discursivo, ordenadas pelo critério de frequência, que são apresentadas a seguir com o propósito de ilustrar a reflexão desenvolvida neste estudo.

Ampliação do olhar

Conhecer outros modelos médicos, entender um pouco outras formas de olhar o adoecimento, o paciente, a cura. Depois de todas as experiências vividas nos campos e a partir dos textos que li, vejo a importância de olhar o paciente sobre vários aspectos, não somente os físicos. (Aluna 6).

Tomei conhecimento de conceitos que até então ignorava e verifiquei que a medicina contemporânea deve ser feita por profissionais abertos a novas possibilidades. Me fez descobrir que não existe apenas um modelo para cuidar do paciente, mas sim vários. (Aluna 4).

O conhecimento de diferentes formas de olhar para o paciente, considerando diferentes dimensões da vida das pessoas. (Aluno 5).

Me deu a oportunidade de adquirir uma visão de mundo mais ampla. Além disso, foi uma oportunidade de apurar o senso crítico e de refletir sobre o meu futuro profissional. (Aluno 7).

Relação médico-paciente

Apreendi que existem outras formas de tratamento para as doenças, existem outras formas de olhar o doente e a doença. E agora estou muito voltada a até mesmo fazer homeopatia, porque achei muito importante a relação que essas outras racionalidades têm com o paciente. (Aluna 2).

Achei extremamente válido a discussão sobre a relação médico-paciente. Como paciente, observo a maior parte dos médicos descompromissados com o indivíduo e sua história e fagocitados pela vaidade e pela prática do consumismo. (Aluna 4).

Acredito que a maior contribuição deste tema tenha sido abrir meu olhar para novas experiências, desmistificar algumas concepções e mostrar-me que há várias formas de melhorar a relação médico-paciente. (Aluna 6).

Acredito que contribuirá muito para a relação com meus pacientes e principalmente para as minhas escolhas durante a formação, procurando sempre escolher matérias que ajudem a entender melhor os pacientes.” (Aluno 5).

Quebra de preconceitos

Eu desmistifiquei alguns preconceitos que tinha. (Aluna 2).

Mesmo que eu nunca trabalhe com acupuntura ou homeopatia, se um paciente no futuro disser que deseja procurar uma dessas racionalidades, eu entenderei e não olharei com preconceito. (Aluno 3).

Complementaridade

Com o maior esclarecimento sobre acupuntura e homeopatia, trarei em minha prática médica o exercício da complementaridade [...] saber verificar qual é a melhor opção para a melhora do paciente. (Aluna 1).

Novas opções profissionais

A oportunidade de entrar em contato, desde cedo, com vertentes médicas até então pouco exploradas e que tendem a crescer e a ganhar mais adeptos. Isso é, de fato, um diferencial, pois possibilita que, no futuro, eu avalie, com um pouco mais de critério, possíveis especializações nessas áreas. (Aluno 8).

Considerações finais

Como não poderia deixar de ser, a introdução do tema “Racionalidades Médicas” na graduação médica, no contexto da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1, representa muito mais um convite aos estudantes para entrarem em contato com novas concepções e olhares do que um estudo teórico dos paradigmas médicos.

No entanto, o propósito inicial – facilitar a construção de um olhar integral sobre os usuários dos serviços de saúde, resgatando os aspectos subjetivos do adoecimento – parece ter sido alcançado. De forma pragmática, a proposta possibilita que os modelos médicos sejam vistos, não como verdades absolutas, mas como recortes arbitrários da realidade.

De um modo geral, os comentários dos alunos mostraram que a reflexão sobre as “racionalidades médicas” pode se tornar uma ferramenta importante para a formação de profissionais capazes de lidar com a complementaridade entre os saberes, na perspectiva da integralidade do cuidado.

Referências

- CAMARGO JR., K.R. *Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1998. 14 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 170).
- CAMPBELL, C. A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodiceia para um novo milênio. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 5-22, 1997.
- LUZ, M.T. *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1996. 47 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 140).
- _____. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145-176, 2005.
- LUZ, M.T.; BARROS, N.F. (Orgs.). *Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde*. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012.
- NOGUEIRA, M.I. Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.
- _____. *Retratos da formação médica nos novos cenários de prática*. São Paulo: Hucitec, 2012. 157p. (Saúde em Debate, 220).
- QUEIROZ, M.S. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento “vitalista” na área de saúde: uma perspectiva teórica introdutória. In: NASCIMENTO, M.C. (Org.) *As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; MARINS, J.J.N. A busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem. O direcionamento do curso de medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004.

A Saúde Mental e suas ações de inclusão e integralidade: um cenário diversificado de aprendizagem

Eliana M. S Gabbay¹ | Célia Sequeiros da Silva²

O Urubuzeiro

*Meu amigo Sebastião estourou a infância dele e mais duas pernas.
No mergulho contra uma pedra na Cacimba da Saúde.
Quarenta anos mais tarde Sebastião remava uma canoa
no rio Paraguaio.
E deu o barranco de uma charqueada.
Sebastião subiu o barranco se arrastando
como um caranguejo trôpego.
Até a casa do patrão e pediu um trabalho.
O patrão olhou para aquele pedaço de pessoa e disse:
Você me serve para urubuzeiro.
(urubuzeiro era tarefa de espantar os urubus que atentavam nos
tendais de carne).
Trabalho de Sebastião era espantar os urubus.
Sebastião espantava espantava espantava.
Os urubus voltavam de bandos.
Sebastião espantava espantava.
Um dia pegaram Sebastião a prosear em estrangeiro com os urubus.
Chegou que Sebastião permitiu que os urubus fizessem
farra nas carnes.
Os urubus faziam farra e conversavam em estrangeiro
com Sebastião.*

¹ Psicanalista, Ph.D. em Psicologia Clínica (PUC-RJ); professora associada IV, Departamento de Saúde e Sociedade, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.

² Terapeuta ocupacional, Mestre em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde e Sociedade, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.

*Veio o patrão e mandou Sebastião para o manicômio.
No manicômio ninguém compreendia a língua de Sebastião.
De forma que Sebastião despencou do seu normal
E foi encontrado na rua falando sozinho em
Estrangeiro.*

**Manoel de Barros, *Tratado Geral das Grandezas do Infinito*
(poesia trazida como relatório pelo aluno T.,
1º período de Medicina)**

Este capítulo traz uma abordagem integrativa de ensino-aprendizagem a partir de articulações tecidas com a rede pública de saúde mental nas cidades de Niterói e Rio de Janeiro – serviços e instituições, seus atores e práticas. O campo de ensino-aprendizagem que procuramos apresentar aos estudantes é permeado pela ideia da Reforma Psiquiátrica, seus avanços, impasses e retrocessos, buscando evidenciar a potência que foi e ainda é esse movimento, na produção de novas práticas clínicas e sociais no que diz respeito ao cuidado dedicado à saúde mental.

O campo Saúde Mental ao qual nos referimos vai para além da Psiquiatria, Psicologia ou Psicanálise. O que se pretende é apresentar aos alunos as principais questões envolvidas no cuidado dedicado ao sofrimento psíquico, seja no nível do transtorno psíquico, seja no nível do sofrimento trivial que a vida impõe. Ou seja, apresentar aos alunos as questões principais sobre o funcionamento psíquico que estão presentes o tempo todo quando se fala de dor, sofrimento, doença, medicina, cuidado em saúde. E apresentar também a subjetividade que está presente no processo de adoecimento, no cuidado em saúde, na relação médico-paciente e nas relações institucionais dentro dos serviços de saúde. Enfim, o psíquico e o subjetivo que estão sempre presentes nos elementos do território que compõem o quadro dos fatores sociais e culturais que envolvem os processos saúde-doença.

Algumas questões se colocam de imediato nesta reflexão: por que a saúde mental como cenário diversificado de aprendizagem, para alunos tão jovens, apenas iniciando um curso de Medicina? Por que

tomá-la como escolha dentro de um projeto ensino-aprendizagem cujo principal objetivo é apresentar aos alunos situações humanas para além das fronteiras do dispositivo médico? O que há de peculiar no processo saúde-doença mental que a distingue no rol de tantos outros (processos saúde doença) que os estudantes conhecerão ao longo de seu percurso curricular, nos cenários próprios à prática médica e nas suas experiências pessoais? Hesitamos em torno de seu nome: o campo deve se chamar doença mental e...? Não, melhor saúde mental!

Na verdade, o que pretendemos apresentar é a loucura, tornada doença mental, e as formas de tratamento que têm sido produzidas para lidar com ela, as chamadas ciências *psi*, suas teorias e práticas, desde as formas institucionais de exclusão social até as modalidades atuais que se pretendem de acolhimento e inclusão e que dão origem à temática “Saúde Mental” no campo da medicina e das práticas em saúde.

E por que a loucura/doença mental em foco? O que buscamos transmitir aos alunos e fazê-los vivenciar? Diversos elementos presentes nos saberes e práticas sobre a loucura são bons exemplos daquilo que se quer mostrar na discussão exclusão/inclusão social e integralidade, e muitos são melhores ainda para exemplificar o que não se deseja repetir ou reproduzir enquanto postura de cuidado e prática em saúde.

Mas com certeza o que se quer mostrar é o desconhecimento que cerca a loucura, a incerteza que provoca, o desconsolo e o medo que desperta, o confronto com a dor e com o sofrimento para o qual ainda não se tem remédio e que apresenta aos que com ela lidam o maior desafio de todos: suportar o limite e a quebra de um ideal. O ideal do médico que sabe curar. Não, não sabemos o que fazer com esta pessoa, ela toma os remédios, melhora mas depois, muitas vezes piora, entra e sai do hospital infinitas vezes, a família não sabe o que fazer com ela (mas será culpada disso?), ou os vínculos estilhaçados fizeram-na não ter mais com quem contar... As teorias se multiplicam, os procedimentos se desdobram, as instituições se reformam e ainda assim estão lá as pessoas semivivas (ou semimortas?), ausentes de si mesmas, sofrendo demais, saindo e entrando do internamento, num ciclo sem fim que angustia, que deixa perplexo todo aquele que desta realidade se aproxima.

Então será pela dificuldade, digamos assim, pela alusão à morte, ou pela própria proximidade dela, uma certa morte subjetiva? Será por isso que importa conviver com a loucura? Mas não estão a experiência do sofrimento, da dor e da morte sempre presentes em qualquer campo da Medicina? E, sobretudo, essa experiência não faz parte da condição humana?

Não é possível avançar esta discussão sem antes abordarmos alguns aspectos fundamentais que marcaram a história da loucura, suas formas de exclusão, a transformação em doença mental, as práticas de tratamento e a psiquiatrização do espaço social e da vida cotidiana, para com isso compreender por que se aproximar da loucura para contribuir com a formação médica. E é exatamente assim que se introduz o campo. Falando da história da loucura e de sua trajetória até os dias de hoje, para mostrar que algumas das atuais certezas médicas já foram compreendidas pela humanidade de tantas outras formas.

Um pequeno histórico da ideia de constituição deste campo que tem muito a dizer sobre sua função. O trabalho começou a partir de uma parceria com o projeto *Articulação e Inclusão Social*, de autoria de Tânia Marins, quando construímos um projeto de extensão na Universidade Federal Fluminense. A proposta era trabalhar com os usuários da rede de saúde mental de Niterói, no território, ou seja, em pleno exercício da cidadania que estes haviam conquistado desde a Reforma Psiquiátrica, com a proposta de desinstitucionalização e criação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) na cidade de Niterói.

A partir desta possibilidade de conviver com os usuários não só nos Caps que frequentavam, mas nos mais pitorescos recantos da cidade, como em museus, exposições e também nos bancos e repartições públicas, vivenciando mais do que nunca sua humanidade (com seus sofrimentos e contradições), vida real enfim, percebemos o quanto esta experiência podia ensinar a qualquer estudante de medicina, evidenciando ações de inclusão e integralidade, o que coincidia com a proposta fundamental de nossa disciplina. Foi então que começamos a alimentar a ideia de constituir esta experiência como campo, ou seja, como cenário diversificado de aprendizagem. Tínhamos certeza de que aí poderíamos apresentar aos estudantes a experiência humana da subjetividade e da loucura, fora

dos muros dos hospitais, de forma muito singular e vivencial, e ao mesmo tempo representativa e exemplar de trabalho em equipes multi e transdisciplinares onde o médico está em permanente inter-relação com profissionais – psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais – e onde todas as decisões são tomadas pela equipe.

Alguns percalços no curso da Reforma Psiquiátrica na rede de Saúde Mental de Niterói acabaram por restringir o acesso direto aos Caps e seus usuários a profissionais “externos” – nosso caso, professores e alunos da universidade – e por impossibilitar mesmo a continuidade de nosso projeto de extensão. Mas o campo já estava criado e achamos proveitoso nele persistir, da forma como então passava a se apresentar a nós.

Passamos então a buscar outros espaços, tais como Instituto Philippe Pinel, Instituto Nise da Silveira (Museu do Inconsciente), Hospital de Custódia e Tratamento Henrique Roxo, para apresentar aos alunos a questão mais geral da loucura tornada doença mental e as instituições que historicamente dela se encarregaram até a Reforma Psiquiátrica e seus dispositivos, tais como agora passavam a se apresentar a nós: hospitais ainda cheios de pacientes internados, Caps ativos porém com dificuldades para desempenhar suas propostas originais e principalmente para receber alunos da universidade.

A partir daí, o trabalho passou a se desdobrar em dois momentos igualmente relevantes na transmissão desta experiência com a loucura. Estes dois momentos se realizam em dois períodos letivos de organização o que não exclui a possibilidade de se trabalhar os dois momentos em cada um dos períodos. Ao primeiro, chamamos Saúde (Doença) Mental e Inclusão Social; e ao segundo, Saúde (Doença) Mental e Integralidade.

Nosso trabalho se passa em dois momentos, num cenário maior que é o contexto da Reforma Psiquiátrica e os dispositivos que ela hoje disponibiliza para o tratamento dessas pessoas, a partir de sua lei fundamental de fim às práticas manicomial. Em ambos os momentos, são enfocados os aspectos sociais e institucionais envolvidos na Reforma Psiquiátrica.

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica foi fortemente influenciado pelo movimento italiano de Franco Basaglia. A Itália foi o primeiro país a criar uma lei abolindo a internação em hospital

psiquiátrico e a propor práticas de cuidado baseadas na desmontagem das estruturas manicomiais – ou seja, na inclusão dos ditos “loucos” no território. “Território” é aqui entendido e configurado como um “ator de mudança social e produtor de transformações concretas nas instituições e na comunidade”, segundo Rotelli e Nicácio (1990, p. 17).

A lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi promulgada em 1999 e não foi implantada de forma tão definitiva quanto na Itália. Mas como em todos os lugares onde aconteceu, como nas cidades de Niterói e Rio de Janeiro, trouxe notáveis transformações na assistência: diminuição significativa de leitos nos hospitais psiquiátricos, visível reforma e humanização de seu espaço, criação de outros dispositivos terapêuticos, como os Caps, centros de convivência, cooperativas de geração de renda, Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs). Todas essas transformações visando atingir o objetivo de desinstitucionalização básico na proposta da Reforma.

A desinstitucionalização é tomada aqui como “um processo social complexo que tende a mobilizar como atores, os sujeitos sociais envolvidos, a transformar as relações de poder entre pacientes e as instituições, e a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital psiquiátrico” (ROTELLI; NICÁCIO, 1990, p. 18). Tenta desconstruir assim a lógica manicomial e a relação de poder estabelecida entre a psiquiatria, a sociedade e o “louco”, tendo como referência a afirmação de sua cidadania. Desta forma, a atitude terapêutica passa a se basear não na tutela, mas na responsabilização, no cuidado e acolhimento por parte de uma rede integrada no espaço social – o que difere de uma outra lógica, a da desospitalização, que poderia implicar desassistência.

O que queremos transmitir?

Pensar em Saúde Mental significa pensar que o adoecer faz parte da vida – nos desequilibramos, desarmonizamos-nos e manifestamos sintomas. Pode ser uma febre, uma dor, ou também uma angústia, tristeza, ansiedade... Adoecer psiquicamente não é prerrogativa de um tempo mas faz parte do processo do viver. Porém, ao longo da história,

no mundo ocidental, esse adoecer foi marcado pelo estigma, ou melhor, a pessoa que adocece e manifesta algum transtorno mental foi excluída do seu convívio social e familiar, marginalizada, tida como incapaz, sem “razão” e sobretudo sem afeto – embotada afetivamente.

Por isso há em nosso campo uma forte necessidade de transmitirmos aos alunos algum embasamento teórico que fale sobre a história da loucura. Não para ensinar elementos de psiquiatria, farmacologia ou neuropsiquiatria, mas para introduzi-los em uma outra linguagem que raramente está presente no discurso médico. A ideia é fazê-los compreender a história da loucura e o lugar na qual ela foi colocada em nossa cultura, os jogos institucionais e de poder envolvidos, sem deixar de dar a exata dimensão do sofrimento psíquico e do permanente conflito que é próprio da condição de sujeito de todo ser humano.

Desta forma, buscamos trabalhar com os alunos os principais aspectos históricos, culturais e sociais que estão em torno da loucura/doença mental, enfatizando conceitos fundamentais da psicanálise, bem como ideias importantes da filosofia e mesmo da arte, que demonstram que o abismo entre normal e anormal não existe e que as formas de expressão mais loucas estão presentes no cotidiano de todos nós.

Primeiro momento: saúde mental e inclusão social

Procuramos neste momento, que acontece no primeiro período do curso de Medicina, refletir sobre as dimensões socioculturais do processo saúde-doença na saúde mental. Questionar o processo de produção do conceito de doença mental é construir um pensamento diferenciado que vê, na loucura, forças em movimento, processos de diferenciação e caminhos possíveis de subjetivação. Criar condições para problematizar uma racionalidade científica clássica que, na atualidade, passa por um embate entre duas estratégias de assistência psiquiátrica: a do modelo hegemônico, hospitalocêntrico (manicomial), que rouba vidas, corpos e mentes e mercantiliza a saúde, e a do contra-hegemônico, que busca rupturas, críticas, para produzir um olhar para com a diferença, na sociedade brasileira.

A partir de outros olhares para o que ora denominamos “sofrimento psíquico”, nos aproximamos desse campo, com seus saberes e sua história. Um mergulho nos primórdios dessa história que fala de assistência, mas sobretudo de exclusão. Fala de razão e desrazão. De normalidade e anormalidade. A relação da desrazão com a razão está no cerne da perspectiva adotada por Foulcault no início da década de 60. “A gênese e o nascimento de um saber sobre a loucura no Ocidente implica na partilha, nos limites e jogos de inclusão ou exclusão do louco e de sua loucura” (ESTELLITA-LINS, 2000, p. 53).

Nossos alunos, jovens, mas já marcados por ideias preconcebidas, nos chegam cheios de medos, como se o sofrimento psíquico fosse algo muito distante de sua realidade. E logo o impacto da novidade que queremos transmitir aparece:

[...] não sei qual é esse abismo que me separa da loucura, qual é essa linha limite até a qual posso caminhar sem medo... não consigo mais fingir que sou alguém normal e imune às surpresas do mundo inconsciente. Sei que não sou. Somos tão vulneráveis a nós mesmos que o autoconhecimento é um desafio e, para muitos, até um tormento”. (aluna 1º p. A.).

Nesse primeiro momento, construímos junto com os alunos um diálogo acerca do que vem a ser o sofrimento psíquico e suas mais variadas formas de manifestação. Este diálogo tem por objetivo desconstruir, de certa forma, o olhar da psiquiatria que transformou a loucura e a experiência da desrazão em doença.

[...] passei o dia com A. L. e, quando menos me dei conta, já havia adentrado o seu novo universo e estava tentando falar a mesma língua dela, na tentativa de ajudá-la a encontrar alguma de suas respostas. Não sei ao certo se isso funcionou. O fato é que perguntas como “o que conecta o meu cérebro à minha alma?” ou “como é possível que um remédio, algo que age no funcionamento do meu corpo material, consegue ter efeito sobre o meu inconsciente, que é tão abstrato? Também já se passaram, em algum momento, em meus pensamentos. Fiquei pensando em como parava de ficar pensando, ou como eu solucionava os meus questionamentos, quando não encontrava resposta para eles, mas sinceramente é tão natural que não sei responder ... não sei qual é esse abismo que me separa da loucura, qual é essa linha limite até

a qual posso caminhar sem medo... (escrito destacado de um relatório de campo – visita a uma amiga, estudante de Medicina, internada em clínica psiquiátrica - Aluna 1º p. A.).

Debruçamo-nos sobre algumas questões da Saúde Mental, em suas relações com a cultura, a política, a clínica, entendida como espaço de reflexão e de práticas de produção de saúde e não de patologização das formas de existência. Para tanto, realizamos visitas pontuais a diversas instituições, serviços, projetos, onde a dimensão político-institucional da reforma psiquiátrica esteja em curso, atualizando seus dispositivos inovadores e itinerantes e propondo uma atuação bem diferente do modelo asilar e aprisionante dos manicômios, seus efeitos perversos da institucionalização, e da violência sobre os processos de subjetivação a que outrora, ou mesmo ainda hoje, com menos frequência, as pessoas foram e são submetidas.

Tudo começou a se encaixar de uma forma assustadora; uma forma na qual eu nunca havia me enxergado: não existe um eu consciente que só seria “louco” em momento de surto. Eu convivo com os dois lados diariamente, como aqueles internados em hospitais psiquiátricos... (Aluna C. M.C - 1º P - visita ao Instituto Nise da Silveira).

Trabalhamos ainda com o plano das políticas públicas, e sua premissa, o direito da população de ter um atendimento de qualidade, que respeite seus direitos e sua cidadania. Este é o norte ético da Reforma Psiquiátrica e seus dispositivos que trabalham com as noções de território e responsabilização e com equipes interdisciplinares e transdisciplinares, que incluem os mais diferentes atores e pensamentos no cuidado e necessidades da pessoa que sofre e adoce psiquicamente.

Como metodologia, utilizamos estratégias como filmes, textos, convites a profissionais da área, e as visitas que são sempre acompanhadas de uma apresentação por algum profissional do próprio campo.

Em visita ao Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), nos ambulatórios e enfermarias, obtivemos os seguintes depoimentos:

[...] a metodologia para este trabalho era de igual forma simples e estressante, pois implicava simplesmente iniciar uma conversação com

um desconhecido, que para muitos de nosso grupo, incluindo eu, era algo de grande pressão emocional... (Aluno L.M.J – durante o campo no HUAP - primeiro contato com pacientes à espera de consultas).

[...] gostei muito de ter tido a oportunidade de estar próxima às pessoas dentro de um hospital, na condição de estudante de medicina, de ter a chance de ouvir suas histórias, de saber como elas se sentem, quais seus medos, seus anseios, seus problemas... (Aluna J.M.S. – durante o campo no HUAP - primeiro contato com pacientes à espera de consultas).

Além das visitas ao HUAP, realizamos diversas outras, e em todas obtivemos significativos depoimentos dos alunos participantes.

No Centro de Atenção à Aids (CAIDS):

[...] A palavra-chave desse trabalho é acolhimento. Isso, porque é extremamente necessário saber quem é essa pessoa que está procurando o serviço, quais suas necessidades e o que espera daquele atendimento. É preciso ouvi-la sem que haja preconceito ou qualquer espécie de julgamento. Como disse acima, é preciso acolhe-la, independentemente do resultado positivo ou negativo do exame..." (Aluna: B.T.R – 1ªP – visita ao CAIDS-HUAP).

No Projeto Vida de Estudante (UFF), no Hospital Psiquiátrico Jurujuba (HPJ), e no Instituto Philippe Pinel (IPP):

[...] ao entrar, mais uma abordagem carinhosa – dessa vez, o paciente L.G., responsável por uma pequena venda de livros na entrada do hospital. A conversa sobre as novidades não poderia ser mais normal. Enquanto a conversa se processava, pessoas transitavam ao nosso redor e era um tanto quanto difícil lidar com a ideia de não saber quem eram os usuários... (Aluno F.P. 1ªP. – visita ao IPP).

No Centro de Atenção Psicossocial (CAPS adulto e CAPSI):

[...] Para muitos pais, é mais “confortável” achar um diagnóstico que justifique o comportamento da criança e passar a tratá-la como doente... (Aluna B.T.R – 1ªP. - visita ao CAPSI).

As visitas se estendem também ao Instituto Nise da Silveira (INS), Instituto Municipal Juliano Moreira, Hospital de Custódia Henrique Roxo, Centro de Convivência, Cooperativa da Praia Vermelha,

Cooperativa Papel Pinel, TV Pinel, com reações e resultados semelhantes entre os alunos, o que confirma a receptividade ao nosso projeto.

Segundo momento: saúde mental e integralidade

O objetivo aqui é apresentar aos alunos a questão da integralidade no cuidado em saúde, buscando tomar o atual programa de saúde mental como bastante representativo deste enfoque. Seja pela dificuldade que a compreensão da loucura impõe, seja pela necessidade de se trabalhar em equipe, onde diversos olhares tentam compor um quadro clínico e mesmo um diagnóstico, e principalmente por ser a escuta da fala do outro o elemento mais importante desta clínica, consideramos que o campo saúde mental, tal como vem sendo por nós construído na proposta do Trabalho de Campo Supervisionado, pode apresentar excelentes exemplos de integralidade (em sua positividade e historicamente em sua falta)

É quando focamos o olhar sobre a experiência individual dos sujeitos que padecem de transtornos psíquicos. Como a experiência da loucura afeta o seu viver, que formas de conhecimento temos para lidar com essa experiência e que alternativas na prática clínica pode-se oferecer para o tratamento destas pessoas.

Os alunos são também apresentados a um breve panorama da história da loucura até o advento da Psiquiatria e todas as experiências críticas que aconteceram, tais com comunidade terapêutica, psiquiatria comunitária, psiquiatria preventiva até a Reforma Psiquiátrica com as importantes mudanças que introduziu e os novos dispositivos que foram criados para dar conta da tentativa de desospitalização. Finalmente, enfatizamos a contribuição da Psicanálise para o estudo do aparelho psíquico, com os principais conceitos que permitem compreender algo sobre a neurose e sobre a psicose, assim como algo sobre a saúde mental e o psiquismo dito normal. Enfatizamos principalmente a mudança de paradigma que Freud operou na compreensão do psiquismo, ao demonstrar que o irracional é próprio do humano e que não há em termos do psiquismo barreira entre normal e anormal, com a construção do conceito de inconsciente

A ida ao campo, diferente da forma como se passa no primeiro momento, é pontual e contínua e visa propiciar a convivência dos alunos

com os principais atores envolvidos no processo de cuidado: usuários e equipes multidisciplinares. Não se trata de fazer visitas propriamente ditas e sim de se estabelecer uma rotina de convívio com os pacientes, com as equipes e com o ambiente institucional.

A marca da Reforma de Niterói é a de que desospitalizar sem transformar as relações que se estabelecem com o louco no território; poderia significar muito mais abandonar e desassistir pessoas, sem construir recursos psicossociais e culturais para incluí-los como cidadãos (PINHEIRO et al., 2007). Assim se justifica a manutenção do hospital e das internações em suas enfermarias.

A Coordenação de Saúde Mental de Niterói é responsável pela implementação do processo de Reforma Psiquiátrica, com a expansão e qualificação da rede territorial e a desinstitucionalização da clientela internada. Enfrenta, no entanto, enormes desafios, tais como ausência de suporte social, dificuldade dos CAPS para receber toda a clientela internada e de longa permanência; características desta clientela, tais como ausência de laços sociais, necessidades de cuidado intensivo, precariedade de vínculos familiares, dificuldade de promoção de espaços de interação no território ainda impregnado de estigma e exclusão social. Assim, muitas intervenções para além da criação dos CAPS e dos SRTs são necessárias, tais como unidades psiquiátricas em hospitais gerais, ações de saúde mental na atenção básica e a implantação do programa De Volta para Casa (PINHEIRO et al., 2007).

A Reforma em Niterói tem sido progressiva e por isso encontramos peculiaridades em nosso campo, das quais tentamos extrair as melhores lições. O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, onde se passa nosso período de convivência, ainda funciona com emergência, enfermarias masculina e feminina, albergue e longa permanência. Nele há espaços fechados onde pacientes são internados, embora por períodos não tão longos como outrora. Segundo seus gestores, a internação significa não mais um lugar de segregação e exclusão, mas um espaço acolhedor, de convivência e de vida onde cada sujeito é atendido a partir de um projeto singular.

O que ocorre durante este período de convivência? Já passamos por várias gestões dentro do hospital e temos tido experiências únicas e extremamente

enriquecedoras. Conhecemos pessoas incríveis, estórias fantásticas, histórias de vida das mais diversas, situações das mais inusitadas, equipes competentes e sobretudo dedicadas e comprometidas com o seu fazer. Fizemos amigos e nos emocionamos incontáveis vezes. Com os profissionais médicos supervisores, residentes, psicólogos, assistentes sociais, acompanhantes terapêuticos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, serventes, porteiros, com os usuários desempenhando funções de almoxarifes, serventes, porteiros, cantineiros, conhecemos o que é um trabalho de equipe multidisciplinar e transdisciplinar, porque do contrário não seria possível enfrentar os desafios que a loucura impõe aos profissionais que dela cuidam.

Ao final disso tudo, entramos em contato com a chamada “dura realidade”. E aprendemos que aí, nesta dura realidade, as coisas não são bem como estão colocadas nos discursos. A Reforma Psiquiátrica tem suas limitações, os hospitais estão mais cheios de gente do que se diziam os casos específicos indicados para internação, os CAPS também lotados oferecem menos atividades do que aprendemos que deveriam. Enfim, que os momentos políticos pelos quais a experiência institucional vai passando ditam novas regras para se lidar com os doentes mentais, mas que em essência continuam lá ainda aprisionados os loucos, sua dor e a perplexidade – a deles e a nossa.

Como forma de preencher o vazio aberto pela dificuldade de conhecermos os CAPS e os usuários fora de seus muros, passamos a buscar outros espaços, tais como Instituto Philippe Pinel, Instituto Nise da Silveira (Museu do Inconsciente) e Hospital Psiquiátrico Penal Henrique Roxo, para apresentar aos alunos a questão mais geral da loucura tornada doença mental e as instituições que historicamente dela se encarregaram até a Reforma Psiquiátrica e seus dispositivos, tais como agora passavam a se apresentar a nós: hospitais ainda cheios de pacientes internados, CAPS ativos mas com dificuldade para desempenhar suas propostas e onde nossa permanência é dia a dia mais dificultada.

A convivência com os usuários da rede cada vez mais restrita ao hospital HPJ, suas enfermarias e oficinas – o que é aparentemente contraditório com a proposta de apresentar as propostas da Reforma Psiquiátrica como parâmetro de integralidade – não nos fez desacreditar

do valor de nosso campo. Insistimos nele porque nossa tarefa é mostrar que ali, atrás dos portões trancafiados das enfermarias, perambulando pelos pátios de instituições mais ou menos “reformadas”, habita um outro ser humano, outro homem, dotado da mesma humanidade, a qual era tão mais facilmente perceptível aos alunos, nos usuários que passeavam conosco pela cidade, sem dúvida.

Considerações finais

Poderíamos sintetizar da seguinte forma: o objetivo principal do campo “Saúde Mental”, em seus dois momentos, é transmitir aos alunos alguns elementos introdutórios sobre o psiquismo humano e sobre a subjetividade. Entendemos ser a subjetividade o território onde se exerce a capacidade de existir de forma singular – própria de todo ser humano: a capacidade de exercer sua diferença; de exercer sua história individual (mesmo que em cultura e sociedade); e de nesta mesma cultura e sociedade produzir arranjos próprios, únicos, saudáveis ou doentios (se assim a medicina os quiser denominar), mas ainda assim experiências subjetivas absolutamente únicas, que nenhum saber ou prática conseguiu ainda dominar.

É fazer perceber que é justamente a complexidade e a diversidade da experiência subjetiva humana que têm alavancado os processos de mudança na história da Psiquiatria, seus bons exemplos de autocritica e reformas institucionais, de reformulações teóricas diversas e de mudanças de enfoque na clínica, desde a predominância do olhar e do saber médico até o atual trabalho em equipe, perspectiva de integralidade que predomina nos atuais paradigmas de cuidado em saúde. Tudo isso podemos observar no trabalho com a doença/saúde mental, graças à perplexidade e ao desconhecimento que a loucura impõe e graças ao contato radical com a singularidade que ela proporciona.

É isso que é preciso conhecer, viver e experimentar. Para qualquer um que escolhe ser médico, que escolhe lidar com a dor, o sofrimento e a morte do outro ser, é o que vale à pena aprender: como suportar os limites de sua competência e como transformar esse desconhecimento em riqueza de busca e solidariedade. Solidariedade que inclui o respeito à diferença do outro homem em sua radical singularidade.

Chega-se à proposta maior do campo Saúde Mental: mostrar que este ser que está diante de mim, que busca ajuda e cuidado, este que pode parecer tão distante e estranho a mim é, na verdade, alguém também muito semelhante, dotado da mesma humanidade, tão humano quanto eu e no lugar de quem posso e devo me colocar. Vivenciando, assim, um dos principais eixos de sustentação da proposta de inclusão e integralidade: colocar-se no lugar do outro, mas, em nosso caso, vivenciando o que se passa nesta relação e podendo perceber quais barreiras aí se interpõem.

Para o campo da Saúde Mental, fica como objetivo fundamental apresentar um bom exemplo deste esforço: aprender a se colocar no lugar do outro homem, de perceber a existência da alteridade que é este outro homem que procura cuidado, para que então se possa encontrar algum sentido nas práticas de cuidado em saúde, ou nos arranjos que são criados para lidar com o limite e o desconhecimento frente ao sofrimento e à morte.

Uma boa lição para todos os médicos.

Referências

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Panorama, 2000a.
- _____. *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000b.
- _____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- ESTELLITA-LINS, C.A. Notas sobre criação e desrazão em uma certa experiência trágica da loucura. In: AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Panorama, 2000.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FREUD, S. *Cinco Lições de Psicanálise*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1974.
- LÉVINAS, E. *Humanisme de l'autre homme*. Paris: Fata Morgana, 1972.
- ROTELLI, F.; NICÁCIO, F. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

Estilo de vida nas doenças crônicas

Marlene Merino Alvarez¹

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública no mundo e respondem por 70% das causas de mortes no Brasil (VIGITEL, 2011). O aumento da prevalência das DCNT pode estar associado a importantes modificações relacionadas ao perfil nutricional da população das últimas décadas. Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (IBGE, 2011), o excesso de peso já atinge mais da metade da população brasileira, cujo consumo alimentar apresenta perfil de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas.

O crescimento da renda da população, a industrialização e urbanização, juntamente com a globalização têm sido considerados fatores que contribuem para o estilo de vida não saudável (SCHMIDT et al., 2011). A alimentação inadequada, o sedentarismo e o hábito de fumar são considerados fatores de risco, e de acordo com o Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil, podem ser modificados (BRASIL, 2011).

No domínio da Saúde Pública, o estilo de vida se constitui em modos de vida que, dependendo de como são praticados, podem levar ao risco e implicar qualidade de vida, o que pode pressupor uma responsabilização individual, com o foco voltado ao controle comportamental. Entretanto, Castiel & Dias (2010) ressaltam a importância de compreender que cada pessoa é resultante da singularidade de complexas configurações

¹ Nutricionista, Doutora em Ciências da Nutrição, Universidade Federal Fluminense.

bioquímicas, psicológicas e sociocultura, sem adotar premissas que conduzam a ações insensíveis, culpabilizantes, limitadas e algumas vezes com efetividade restrita.

O tema foi desenvolvido dentro da disciplina de TCS 1 a partir deste contexto complexo e contemporâneo, mediado pela minha formação acadêmica em Nutrição, que enfatizou, na pós-graduação, o estudo da obesidade e suas consequências, tais como diabetes (ALVAREZ et al., 2006) e síndrome metabólica (ALVAREZ et al., 2011). Da mesma maneira, a contribuição da minha experiência no cuidado das pessoas com doenças crônicas nas unidades de saúde, e mais recentemente, a experiência como gestora de Programas de Saúde no âmbito municipal, os quais auxiliam na condução dos campos na rede de saúde.

A disciplina tem como objetivo desenvolver o pensamento crítico relacionado ao estilo de vida na promoção a saúde e prevenção das DCNT, dentro do eixo da Saúde e Cultura. Postula-se vivenciar nos campos as práticas de alimentação e atividade física direcionadas à promoção da saúde, valorizando a cultura local e respeitando a diversidade de opiniões e perspectivas, assim como a legitimidade dos saberes de diferentes naturezas.

Ao compreender a importância do estilo de vida para o autocuidado e autonomia do indivíduo, se faz necessário refletir sobre a prática de hábitos saudáveis no cotidiano urbano. Ademais, conhecer os programas públicos vigentes relacionados aos fatores de risco modificáveis, tais como alimentação, atividade física e tabagismo, nos cuidados as pessoas com DCNT. Por fim, refletir o papel do profissional de saúde na abordagem das DCNT em sua integralidade.

Campos e cenários de práticas

Os cenários das práticas são vivenciados em diversas instituições no estado do Rio de Janeiro, com maior concentração na cidade de Niterói, a depender dos equipamentos disponíveis. A cada semestre, as visitas são programadas com os coordenadores de cada local para posterior agendamento com o transporte da universidade, a qual não possui frota exclusiva para a disciplina TCS, sendo utilizado apenas

para grandes distâncias. A logística ainda é burocratizada, o que muitas vezes impede a agilidade na resolução de imprevistos, muito comuns no campo, limitando o processo de trabalho.

A escolha do campo é uma tarefa realizada em conjunto com os alunos, com abertura para sugestão de outros campos de acordo com as expectativas trazidas, sendo acrescidas na programação, previamente elaborada pelo preceptor. Embora a cada semestre seja possível ampliar ou dar um novo olhar sobre a temática, em função da escolha dos novos campos, alguns são sempre mantidos por serem considerados “elos” importantes para o desenvolvimento do tema. Assim, o arcabouço teórico da disciplina é construído ao longo da disciplina, paralelamente às observações realizadas nos campos por meio das visitas aos equipamentos interinstitucionais.

A temática também é desenvolvida em sala de aula, em geral por meio de roda de conversa ou a partir de apresentação de filmes, vídeos e discussão de textos, os quais subsidiam as situações ilustradas no campo. Essas ferramentas pedagógicas auxiliam a integração e vivência do grupo, de maneira a dinamizar o senso crítico relativo a barreiras, mitos e diversas influências do meio que permeiam a formação dos hábitos do indivíduo, especialmente quando relacionados ao desenvolvimento das morbidades crônicas e dificuldades de adesão ao tratamento.

A utilização da proposta de Promoção à Saúde e Prevenção das DCNT do Plano de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), como base para a organização da sequência dos campos, foi estratégica, uma vez que o mesmo propõe uma sistematização para promoção da saúde pelos fatores de riscos considerados modificáveis. Dessa forma, a programação das visitas a campo teve como proposta concentrar os cenários de práticas por assuntos relacionados aos fatores modificáveis, em pequenos módulos, que foram didaticamente divididos em DCNT, alimentação, atividade física, combate ao tabagismo e Rede de Saúde. Ao final de cada campo, é solicitado um relatório sobre as percepções da visita e a respectiva associação ao tema. Além disso, após cada módulo é apresentado um seminário por um grupo de alunos, com o objetivo de associar experiências vivenciadas no campo com a literatura científica atual.

Apresentação dos módulos

Embora haja flutuação na disponibilidade dos campos para cada módulo a cada semestre, os mesmos são escolhidos de maneira a vislumbrar olhares diferentes de uma mesma questão, seja por visões complementares ou por oferecerem propostas diferenciadas, seja por tipo de clientela ou pela natureza filosófica; ou ainda, para ilustrar a complexidade das instituições e o tipo de assistência prestada.

Módulo 1: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

A temática é abordada por meio da discussão do panorama das DCNT e da proposta de enfrentamento no Brasil, cujas principais ações se concentram na “mudança de estilo de vida”. A contextualização da temática é realizada a partir dos relatos dos alunos sobre suas próprias concepções sobre estilo de vida saudável e pelas experiências com familiares com DCNT. Para dinamizar a discussão, é apresentado um vídeo de seriado de TV, *The Big Bang Theory*, cujo tema se refere à “robotização” dos indivíduos na tentativa de se adequar ao estilo de vida saudável e atingir a longevidade. Dessa forma, a contextualização da temática se aproxima da realidade dos alunos, promovendo maior participação na discussão da temática.

No módulo são abordados ainda os conceitos básicos da metodologia qualitativa, em geral em aula conjunta com outro professor com maior experiência em pesquisa qualitativa, baseados em textos específicos. Algumas características da metodologia qualitativa (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004) são usadas nas visitas e auxiliam na elaboração das entrevistas comumente usadas no campo. A partir desses conceitos, os alunos preparam perguntas para uma entrevista a ser aplicada aos pacientes crônicos do ambulatório do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal do Fluminense (HUAP-UFF), em posterior campo. A partir dos relatos dessas entrevistas, são evidenciadas questões relacionadas ao autocuidado e à prática do estilo de vida saudável, que serão norteadoras de diversas discussões ao longo da disciplina.

Módulo 2: Alimentação

A abordagem do módulo é baseada nas recomendações do *Guia de Alimentação Saudável* preconizado pelo Ministério da Saúde para a promoção da saúde, à luz dos princípios do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as políticas públicas, proposto pelo Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome (BRASIL, 2012). Esses referenciais se baseiam no conceito da alimentação para além do consumo de nutrientes, já que alimentar-se envolve diferentes aspectos, os quais manifestam valores culturais, sociais, afetivos e sensoriais. Além disso, consideram que o fortalecimento e ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos para as escolhas alimentares implicam aumento da capacidade de interpretação e análise do mesmo sobre si e sobre o mundo, e também na capacidade de fazer escolhas, governar, transformar e produzir a própria vida.

Nesse contexto, a programação dos campos prioriza a diversidade na clientela-alvo. As visitas aos campos do restaurante universitário e da cozinha dietética do HUAP, ambos da UFF, tiveram como objetivo conhecer o planejamento e preparo da alimentação, respectivamente, para indivíduos saudáveis e doentes crônicos, a partir do olhar dos alunos enquanto usuários e “prescritores”. Como esses campos fazem ou farão parte do cotidiano dos alunos, poderão suscitar muitas questões, especialmente relacionadas a preconceitos referentes à qualidade das refeições servidas para os estudantes, assim como a aspectos relativos ao processo de trabalho do profissional de nutrição na abordagem do paciente crônico internado.

Outro campo visitado é o Instituto de Nutrição Annes Dias, responsável pela programação de alimentação e nutrição para as redes de educação e saúde do município do Rio de Janeiro. Nesse campo os alunos recebem informação sobre a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, material educativo usado na rede de saúde, além de participarem de uma oficina culinária para pessoas com DCNT, com foco no uso de alimentos com baixo conteúdo de sal e gorduras. Nessa oficina, os próprios alunos preparam seus lanches com alimentos

saudáveis do dia a dia e têm o desafio de incorporar a “ricota” (fonte de proteína, baixo conteúdo de gordura e sal) na elaboração de uma preparação saborosa.

Já em outra oficina culinária, realizada no Projeto Terrapia, no horto da Fiocruz, a temática abordada é a promoção da alimentação viva para melhoria da qualidade de vida, mas também se verifica participação ativa dos alunos na preparação e degustação dos alimentos. Neste campo surgem discussões relacionadas a mitos e tabus alimentares, devido à multiplicidade de vegetais (tipos de folhas) usados para preparar o suco de clorofila. A discussão sobre a praticidade dos alimentos processados versus as vantagens oferecidas pela alimentação viva faz emergir discussões contemporâneas de grande relevância.

Outro cenário de prática é o Centro Luiz Gonzaga de Tradições Nordestinas, onde é possível conhecer vários tipos de alimentos/preparações e vivenciar diversas atividades culturais associadas ao estilo de vida do nordestino. O Rio de Janeiro é o estado onde se concentra o maior número de nordestinos do país, e conhecer seus hábitos e cultura alimentar pode auxiliar no cuidado e na adesão ao tratamento das DCNT. Embora seja um período muito curto para vivenciar as diversas possibilidades do local, verifica-se intensa troca de saberes entre os frequentadores, vendedores, artistas e alunos, instigando um desejo de voltar em outra oportunidade.

Realizamos também nesse módulo uma aula conjunta com o grupo “Infância: sentidos e direitos”, na qual promovemos uma discussão sobre obesidade infantil por meio da apresentação do documentário *Muito além do peso*. O vídeo permite a discussão do tema e a troca de saberes entre os grupos, além da inclusão de conhecimentos de outras disciplinas ministradas no primeiro período, como bioquímica, por meio da participação ativa dos monitores da disciplina.

Módulo 3: Atividade Física

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) considera a indução de atividade física e práticas corporais como uma das áreas temáticas

prioritárias (MALTA et al., 2009), por entender a importância conferida a um modo de viver ativo como fator de proteção da saúde. Assim, a priorização do incentivo às práticas corporais e o combate ao sedentarismo fazem parte das ações propostas pelo Plano de Enfrentamento das DCNT.

Desta forma, neste módulo há a parceria com educadores físicos nas visitas aos campos e discussões na sala de aula, os quais trabalham em projetos com pessoas com DCNT ou com promoção da saúde. Os projetos visitados são diferenciados, sobretudo por faixa etária. O projeto denominado Prev-quedas, coordenado pelo professor Edmundo Alves, da Escola de Educação Física da UFF, se destina especialmente a pessoas acima de 60 anos, e tem como missão dar autonomia ao indivíduo, prevenindo ou minimizando as consequências das quedas. Nesse campo verifica-se a proposta da intergeracionalidade, uma vez que há incentivo à interação entre alunos, adultos e idosos na vivência prática. O campo é realizado em parceria com outro grupo do TCS 1A, “Envelhecimento e vida”, e ao final da visita, todos os alunos se reúnem em sala de aula para discutir a integração dos temas vinculados às observações realizadas.

Outros cenários visitados na cidade de Niterói são os projetos realizados por ex-atletas olímpicos, os quais promovem atividades desportistas regulares para a população de baixa renda. O projeto de Lars e Grael promove oficinas de capacitação em equipamentos náuticos, além de ensinar jovens de até 29 anos a velejar. Já o Projeto Fernanda Keller promove atividades relacionadas ao triatlon (corrida, natação e bicicleta) para crianças e adolescentes de baixa renda, os quais podem obter bolsas para estudar em universidades parceiras do projeto. Além disso, o Projeto Fernanda Keller realiza parceria com profissionais de saúde, os quais promovem ações para crianças e adolescentes no combate ao excesso de peso, dentre outras atividades. Ambos os projetos priorizam o incentivo à prática da atividade física como um meio de inserção social. Além do incentivo à prática da atividade física, esses campos ilustram o acesso dos grupos de maior vulnerabilidade às práticas desportistas, assim como a presença das parcerias não governamentais na promoção da saúde dos municípios.

Para discutir o conceito de sedentarismo, a relação com as DCNT e as possíveis consequências do discurso que assemelha o exercício físico à medicalização são realizadas discussões com especialista (educador físico), baseada no texto de Palma (2009) e dos relatos das entrevistas realizadas nos diversos espaços de lazer do município de Niterói, onde os alunos foram divididos em pequenos grupos e distribuídos por três regiões (zonas sul, centro e norte) para conhecer o perfil do usuário e a disponibilidade dos locais públicos para a prática de atividade física de lazer.

Uma das atividades do módulo também é promover a integração do grupo por meio de uma prática de atividade física pactuada em conjunto. A prática de lazer comumente escolhida é a realização da subida do Costão em Itacoatiara, cujo cenário de prática é uma das mais belas paisagens da cidade de Niterói. Para acompanhar a atividade, contamos com a ajuda do guia do parque, que apresenta todas as peculiaridades do local para facilitar a subida, embora demande um bom preparo físico de todos.

Módulo 4: Tabagismo

Desde 1986, diversas portarias e leis foram criadas no Brasil para controle do tabaco. Com isto, o país proibiu a propaganda de produtos do tabaco na mídia (exceto em pontos de venda), adotou a advertência nos maços de cigarro e restringiu a exposição à fumaça do tabaco em ambientes públicos.

Os cenários de práticas visam apresentar o Programa Nacional de Combate ao Tabaco (BRASIL, 2011). No Instituto do Câncer (INCA), os alunos são recebidos pela coordenação do programa e por meio de uma roda de conversa recebem informações gerais sobre os malefícios do tabaco para saúde e o panorama nacional do funcionamento do programa. Ademais, é explicada a rede de referência para o INCA e, ao final, programada uma visita às enfermarias, que são voltadas aos pacientes com câncer de pulmão.

Nas unidades de saúde do município de Niterói, é possível conhecer como o Programa de Combate ao Tabaco funciona no nível local. São realizadas reuniões com grupos de pessoas que desejam parar de fumar. Ao receber os alunos no campo, a coordenadora local explica como

acontecem o acolhimento e a dinâmica das reuniões, assim como a distribuição do medicamento ou adesivos. Os alunos são divididos em pequenos grupos para assistir a algumas dessas reuniões.

No sentido de entender como o programa funciona na rede, há um outro campo no nível central, com a coordenadora municipal de Combate ao Tabagismo, que explica o funcionamento do programa em todo o município, incluindo os critérios para o acesso da população. As discussões ocorrem no final de cada atividade, juntamente com o profissional de saúde responsável pelo campo, a partir da apresentação de filmes cuja temática fale da influência, sobre a sociedade, das indústrias ligadas ao tabaco. Ressaltam-se a importância de uma política sólida voltada ao combate do tabaco e os avanços da política nacional. Outras questões relativas ao mercado do tabaco no Brasil e condições do trabalhador do campo que cultiva o tabaco são temas importantes suscitados pela discussão.

Módulo 5: Rede de Saúde

Neste módulo final, os alunos observam como as diversas unidades cuidam do paciente crônico, à luz dos conhecimentos adquiridos nos campos anteriores. O objetivo é observar como as diversas abordagens do cotidiano da saúde se refletem no cuidado e na trajetória das pessoas com DCNT dentro da rede de saúde. Esses cenários de campo são realizados na Estratégia de Saúde da Família, Policlínica e HUAP-UFF.

Outro campo realizado nesse módulo é na Associação Fluminense de Reabilitação, onde os alunos podem conhecer os cuidados relativos à reabilitação para pessoas com sequelas de AVC (acidente vascular cerebral) e amputações por diabetes. Há também um setor dedicado à construção de órteses, próteses e sapatos específicos para o “pé diabético”. Nesse campo é possível ver a prática da integralidade por meio da atuação de uma equipe multidisciplinar na reabilitação do paciente crônico.

Avaliação

Os alunos são avaliados, durante toda a disciplina, segundo participação e interesse nas atividades, e junto com as notas dos trabalhos escritos (relatórios e resenhas) e apresentação do pôster, os quais irão compor

a nota final. O pôster é apresentado por todos no final da disciplina e tem como objetivo compartilhar o aprendizado da temática com os colegas da turma. Esse momento é muito enriquecedor para todos, uma vez que há intensa troca de informações e experiências de vivências entre os campos e cenários específicos, além de motivar a desenvoltura nas apresentações em público.

A disciplina também é avaliada pelos preceptores em reuniões no meio e fim do semestre, e pelos alunos por meio de entrevista com os monitores. Por meio dos relatórios no final da disciplina, verifica-se que os alunos, inicialmente, ficam apreensivos quanto à metodologia da disciplina, já que o modelo é bem diferente do que estão acostumados a experimentar nos bancos escolares do ensino médio; contudo, ao final, percebem a importância da proposta e participam de maneira ativa na disciplina. A partir dos relatos, percebemos o impacto positivo na formação dos alunos, tais como ser referência para a qualidade do trabalho, para a ampliação do olhar sobre as questões sociais e melhoria da relação médico-paciente, dentre outras.

Considerações finais

Embora a temática ministrada tenha um conteúdo programático específico e bem estabelecido, a proposta metodológica da disciplina TCS 1 traz consigo aspectos inovadores, sobretudo ao implicar professor e aluno em um desafio constante, no desenvolvimento e construção do tema a cada momento/semestre, o que ao mesmo tempo nutre e dinamiza o processo educativo de ambos. Considero a disciplina TCS 1A uma experiência essencial a todos que desejam inovar o processo educativo.

Referências

- ALVAREZ, M.A.; VIEIRA, A.C.R.; MOURA, A.S.; VEIGA, G.V. Insulin resistance in Brazilian adolescent girls: association with overweight and metabolic disorders. *Diabetes Research Clinical Practical*, n. 74, p. 183-188, set. 2006.
- ALVAREZ, M.M.; VIEIRA, A.C.R.; SICHIERI, R.; VEIGA, G.V. Prevalence of metabolic syndrome and of its specific components among adolescents from Niterói City, Rio de Janeiro State, Brazil. *Arquivo Brasileiro de & Metabolismo*, n. 55, p. 174-170, fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Situação do Tabagismo no Brasil*. Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento, 2012.

CASTIEL, D.L.; DÍAS, C.A. La promoción de estilos de vida saludables In: _____. *La Salud persecutória: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010. p. 83-86.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*. Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

MALTA, D.C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia Serviço Saúde*, n. 18, p. 79-86, jan-mar. 2009.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, n. 3, v. 13, p. 44-57, set-dez. 2004.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, p. 61-71, 2011.

VIGITEL BRASIL 2012. *Vigilância de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Saúde e Masculinidades: um novo campo para um tema novo

Cláudia Regina Ribeiro¹

Introdução

No primeiro semestre de 2013, o tema “Saúde e Masculinidades” foi incluído entre os campos da disciplina de TCS 1: um campo novo para um tema também novo. Novos porque a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) só foi lançada em 2009, não havendo tempo suficiente para o desenvolvimento de estratégias de saúde em todo o território nacional, ou para a inclusão da temática nos currículos médicos. No entanto, a UFF saiu na frente incluindo as discussões sobre a saúde dos homens na disciplina, a primeira experiência num curso de medicina.

Desde o primeiro momento, eu tinha em mente o viés que daria ao campo. As discussões sobre gênero e sexualidade, por exemplo, faziam parte do planejamento, *a priori*; assim como o tema da paternidade, ainda novo na área da saúde e das ciências sociais. Mas somente isso estava definido, portanto, a ideia de co-construção parece-me mais adequada aqui, e por diversas razões. Primeiramente, esse campo começou a ser construído ainda no segundo semestre de 2012, quando participei das aulas da turma do primeiro período, e assumi a metade da carga horária das aulas da turma do segundo período da professora Maria Martha de Luna Freire, do campo Maternidade. Experiências que foram fundamentais para o aprendizado sobre a metodologia da disciplina e das visitas aos campos,

¹ Graduação em História e Jornalismo; Mestre em Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES-UFRJ); Doutora em Saúde Coletiva (IMS-UERJ); e pós-doutoranda pelo Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ).

e da burocracia que atravessa essas visitas dentro e fora da universidade. E, de modo especial, a experiência com a turma do segundo período, em que tive mais liberdade de atuação, me permitiu iniciar as discussões sobre gênero, sexualidade, saúde do homem e paternidade, que passaram a integrar o campo que eu estava em construção. É preciso dizer também que eleger os campos e organizar as visitas não são tarefas fáceis. Fazer os primeiros contatos, conhecer as instituições e seus organizadores antes de levar os estudantes, conseguir o transporte para o local etc., são tarefas cansativas que fazem parte das atribuições das preceptoras.

Assim, no segundo período de 2013, depois desse “estágio probatório”, assumi uma turma com o campo Saúde do Homem, título que foi logo modificado para Saúde e Masculinidades, por expressar melhor nossas discussões em sala de aula. Daí em diante as trocas com os estudantes, com as demais preceptoras, com os profissionais e usuários das diversas instituições e serviços de saúde que visitamos, vão colaborando para a construção, avaliação, revisão e aprimoramento do campo – um campo em construção.

Neste texto serão apresentados, de forma superficial, uma introdução sobre o tema “Saúde e Masculinidades”, e de forma mais minuciosa, as metodologias, temas de discussões e campos visitados por nós ao longo de um período letivo. Para isso, seguirei a ordem do próprio curso, que é dividido em três unidades: “Gênero, sexualidade e saúde”, “Homens e saúde” e “Saúde do homem e Paternidade”. São trazidas ainda algumas considerações sobre a importância que atribuo ao que vem sendo discutido em sala de aula para a formação desses jovens – considerações levantadas a partir do meu ponto de vista, mas também ancoradas nos relatos dos estudantes.

Homens, masculinidades e saúde

Para compreendermos melhor esse novo campo, é preciso retomar a história do *Men's Studies*, que despontaram no cenário acadêmico internacional nos anos 1970/80. Pode-se dizer que esses estudos são um desdobramento dos movimentos feministas e homossexuais iniciados nas décadas 1960 e 1970, respectivamente. Movimentos que tiveram, e

ainda têm como proposta, trazer os homens, o universo masculino e a construção histórica e cultural das masculinidades para a arena das discussões de gênero, problematizando o androcentrismo e a dominação masculina, até então protegidos de questionamentos (CONNELL,² 1995, 1997; KIMMEL, 1997, 1998; ALMEIDA, 2000; BADINTER, 2010).

No contexto nacional, desde a década de 1990, os homens e as masculinidades vêm sendo temas de pesquisa em várias áreas de estudos, sendo hoje assuntos recorrentes na academia (NOLASCO, 1993, 2001; HEILBORN; CARRARA, 1998; HEILBORN; GOUVEIA, 1999; MEDRADO, 1998; GOMES, 2008, 2010, 2011, entre outros/as). Com relação à saúde especificamente, os estudos começam a despontar a partir dos anos 1980, com a epidemia de HIV, que trouxe os homens e a sua sexualidade, sobretudo, para a arena das discussões nessa área da saúde e das Ciências Sociais.

Mais recentemente, outras questões vêm sendo arroladas nesse entrecruzar de fronteiras entre a saúde, as ciências sociais e as masculinidades, entre elas a violência, uma preocupação da saúde pública e que tem desdobramentos na saúde da mulher, do adolescente e da criança; a saúde sexual e reprodutiva, que também repercute diretamente na vida e na saúde feminina, mas cuja preocupação ainda está circunscrita às mulheres; e a paternidade, tema até então pouco tratado na área da saúde. E salta aos olhos a realidade de que enquanto mulheres, crianças e adolescentes tinham políticas de saúde específicas, para os homens, até 2009, nada havia.

Em 2009 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que busca trazer os homens para a arena da promoção e saúde e da prevenção, uma vez que os dados apontam que essa população acessa o sistema de saúde pela atenção secundária, quando já estão doentes. E que adoecem mais do que as mulheres, e vêm morrendo de doenças crônicas, ou seja, controláveis (BRASIL, 2009). Então, o que até 2009 vinha sendo discutido na academia, passou a ser tratado como

² Desde 2007, após uma cirurgia de mudança de sexo, o sociólogo Robert Connell assina seus trabalhos como Raewyn Connell. No entanto, os artigos citados foram assinados com o nome Robert Connell, e assim estarão nas referências.

preocupação e prioridade em política pública de saúde. Diante desse “aval” do ministério, trazer o tema para as discussões do curso de Medicina da UFF passa a ser possível e esperado na formação dos estudantes.

São muitas as discussões trazidas pela política, mas as que vêm mobilizando pesquisadores e gestores ultimamente, e que nos interessa de forma especial, são referentes às barreiras socioculturais e institucionais para a implantação de estratégias de saúde voltadas para a saúde dos homens. Como barreiras socioculturais, entenda-se as questões de gênero, enquanto as barreiras institucionais dizem respeito ao próprio sistema de saúde, sua organização e, de forma muito importante, aos profissionais que nele atuam. Barreiras que se constituem como entraves a entrada, acolhimento e permanência dos homens no sistema de saúde, sobretudo na atenção primária. Junta-se a isso a pouca percepção, por parte da população e profissionais de saúde, com relação às singularidades da saúde dessa população específica. E é importante atentar para o fato de que as barreiras institucionais também estão atravessadas de forma importante pelas questões de gênero.

As discussões com relação à saúde dos homens nos cursos médicos tornam-se ainda mais prementes quando se verifica que as estratégias de saúde voltadas para esse gênero são poucas e fragmentadas pelo território nacional. E que entre os fatores que levam a essa realidade estão o pouco conhecimento sobre os meandros que envolvem a saúde dos homens e a falta de sensibilidade de grande parte dos profissionais da saúde para tratar desse tema (GOMES, 2010, 2011, 2012). As crenças na força física e invulnerabilidade masculina, na ideia de que os homens não são bons cuidadores de si e dos outros, na possibilidade de uma paternidade irresponsável, na supervalorização do trabalho em detrimento do autocuidado são algumas das crenças que se transformam em barreiras simbólicas que afastam os homens dos serviços de atenção primária. Crenças que são compartilhadas como os profissionais de saúde, homens e mulheres, sujeitos construídos dentro das mesmas normas de gênero que os homens, usuários dos serviços (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011; SILVA et al., 2012). Por tudo isso, considero de extrema relevância a introdução das discussões sobre saúde e masculinidades nos cursos médicos.

Metodologias do campo

Considero que discutir estereótipos de gênero e de sexualidade nos cursos médicos são contribuições e caminhos fundamentais para melhorar o quadro de morbimortalidade da população de modo geral, e da masculina de modo especial. Levar essas discussões para os serviços de saúde é também falar de violência urbana e doméstica, de saúde das mulheres e crianças, de morte precoce de homens, entre outras pautas relevantes para a saúde pública, e que estão intrinsecamente relacionadas à construção do gênero masculino em nossa cultura.

Para dar conta dessas discussões, optei por criar três unidades: Gênero, Sexualidade e Saúde; Homens e Saúde; e Saúde do Homem e Paternidade. De modo geral, na primeira unidade são apresentados os conceitos de gênero e sexualidade e seus atravessamentos no nosso cotidiano e na saúde, adoecimento ou morte dos homens. O conceito de gênero permeia todo o curso e nos leva às discussões sobre a construção das masculinidades, e aos conceitos de masculinidades hegemônica e subalterna, fundamentais para a compreensão da relação entre homens e a saúde, das barreiras culturais e institucionais que impedem ou dificultam a procura masculina pelos serviços de saúde – questões que se tornaram centrais quando se fala de saúde masculina. Na segunda unidade, são discutidas as doenças e agravos específicos do gênero masculino, ou que acometem mais os homens, e suas relações com as questões socioculturais. Nesse momento, a PNAISH é trazida para nortear essas discussões, leituras e campos. Na terceira unidade, é introduzido o tema da paternidade e suas implicações com a saúde do homem, da mulher e da criança, um tema novo que vem sendo destaque nas estratégias de saúde para os homens em vários estados da federação, e recebendo apoio do Ministério da Saúde.

Começamos a primeira unidade tratando os conceitos de gênero e sexualidade.³ E vale um comentário: é interessante perceber o estranhamento dos estudantes com relação à expressão “saúde do homem”

³ Para essa discussão, uso os textos do caderno de textos do curso “Gênero e Diversidade da Escola”, disponível no site do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM): <www.clam.org.br>.

e ao “s” de masculinidades, no título do campo. No primeiro caso, o motivo é que a palavra “homem” é comumente empregada como sinônimo, ou redução, do termo “ser humano”. E como eles não estão em um curso de Medicina Veterinária, saúde só pode ser do homem! Com relação ao “s”, o estranhamento é fruto da ideia de que só há um tipo possível de ser homem e masculino, não cabendo o plural nesse termo. Estranhamentos que levam às primeiras provocações à turma: por que o termo “homem”, e não “mulher”, é usado como sinônimo para “ser humano”? Como isso se construiu historicamente? Quais as implicações dessa construção histórica no nosso cotidiano, escolhas, afetos, formação escolar, trabalho, saúde? Há somente uma forma de ser homem e masculino? Quem pode e quem não pode ser considerado homem? Por quê? E que se desdobram em outras mais específicas da relação entre homens, saúde e doença: por que os homens se envolvem mais em episódios de violência, acidentes de carro e costumam fazer mais uso do álcool? Por que eles procuram menos as unidades básicas de saúde? Por que morrem mais precocemente do que as mulheres? Essas perguntas começam a ser respondidas nas primeiras aulas e voltam sempre às nossas discussões ao longo do curso, a partir de outras tantas provocações lançadas por mim, pelas nossas experiências nos campos, por textos e filmes, e pelos próprios estudantes. Além de relacionar as questões masculinas com a saúde da mulher, pois sendo o gênero relacional, não seria possível (e nem faz sentido) tratar das questões masculinas de forma isolada.

Para sistematizar essa discussão, utilizo a atividade conhecida como Caixa de Pandora. Trata-se de uma estratégia pedagógica em que frases, fotografias, reportagens e/ou pequenos textos provocativos sobre uma questão são colocados em uma caixa ou sacola, e serão retirados pelos estudantes que lerão e discutirão o tema proposto⁴. Nesse caso, são provocações acerca das questões de gênero, sexualidade, homossexualidade, normatividade, normalidade, natureza, cultura, violência, machismo,

⁴ Outras estratégias para discutir esses temas em sala de aula estão disponíveis no Caderno de Atividades do GDE www.clam.org.br

feminismo, entre outros. Essas primeiras discussões revelam-me um pouco sobre o que o grupo já conhece sobre esses temas, suas crenças e percepções. Uma fotografia “3x4” tirada nessa primeira aula do curso e que costuma ser comparada por mim e por eles com uma “fotografia panorâmica” que tiramos no último dia de aula, durante a nossa avaliação.

É nessa primeira unidade, ainda, que os estudantes “entrevistam” seus pais e/ou responsáveis e familiares sobre a relação entre os homens e o cuidado com a saúde, a paternidade e a família de modo geral. E fazem uma observação do cotidiano de suas casas, buscando perceber as relações de gênero que atravessam as relações familiares. Os resultados têm sido extremamente ricos para os estudantes, que aproveitam a oportunidade para se aproximar mais dos pais a partir de outra perspectiva, fazem descobertas sobre a relação desses com a saúde, a família, o casal e com eles mesmos, filhos e filhas. E ao observarem o cotidiano familiar com os óculos do referencial teórico de gênero, redescobrem esse cotidiano como atravessado por aspectos nunca antes percebidos, como se descortinassem uma nova realidade familiar. A atividade é também um desdobramento das aulas de metodologia e estratégias de construção de dados em pesquisa qualitativa, tema comum a todos os campos. E a unidade é concluída com a exibição, seguida de discussão, do filme *Transamérica*,⁵ que conta a história de um homem prestes a realizar sua cirurgia e mudança de sexo. Além desse filme, ainda podemos assistir a curtas-metragens e vídeos jornalísticos, que costumam provocar ótimas discussões.⁶

Todo o curso é permeado por leitura de artigos, exibição de filmes e vídeos e idas aos campos. Com relação aos campos, é uma estratégia da disciplina estimular os estudantes a fazer sugestões e, na medida do possível, organizar a visita. Talvez por serem estudantes do primeiro período, ainda não tive a experiência de ter um campo sugerido e organizado por um deles, e todos os campos sejam sugeridos e organizados

⁵ Dirigido por Duncan Tucker, narra a estória de uma transexual que uma semana antes de realizar uma operação cirúrgica de mudança de sexo descobre ter um filho adolescente. Os conflitos vividos pela personagem a partir daí dão o mote desse filme.

⁶ Ao final deste texto, há uma lista dos vídeos e filmes citados aqui.

por mim. Então, para esse primeiro momento, elegi como campos fundamentais o Instituto Noos, que realiza pesquisas e assistência a famílias, homens e mulheres que passaram por situações violentas, como vítimas ou agressores, buscando a promoção da saúde das relações familiares. O Instituto Promundo, cujos projetos se debruçam sobre as questões da equidade social e de gênero, tendo em seu histórico um longo caminho de trabalhos com homens.

É importante dizer que as idas aos campos, em todas as três unidades, são precedidas por leituras e discussão de textos e artigos que tratam de temas referentes às especificidades de cada campo. Trata-se de uma estratégia de construção de um “olhar informado”, que permitirá uma visão ampliada do campo e diferenciada do senso comum, possibilitando que vejam mais claramente aquela realidade e que possam interagir mais profundamente com os profissionais que nos recebem e com os usuários dos serviços. E na aula seguinte, em sala de aula, fazemos uma discussão do que foi visto e discutido no campo, uma etapa fundamental desse processo, e entregam o relatório escrito. Só nesse momento o processo da visita ao campo, que começou nas leituras prévias, é encerrado.

A unidade “Homens e Saúde” é norteada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), e permite que o grupo perceba a inserção dos temas que atravessam esse campo nas discussões que vêm se dando na esfera das políticas públicas para a saúde. Uma política que logo em sua introdução reafirma que as questões de gênero são fundamentais para a compreensão da saúde masculina. Esse documento será lido, discutido e criticado a partir de outras leituras e das incursões aos campos no decorrer do semestre. Com relação aos capos, fazemos uma visita à Clínica do Homem, na Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por ser a primeira unidade de saúde voltada especialmente para a saúde dos homens e referência no Rio de Janeiro e no Brasil. Nela os estudantes têm a oportunidade de conversar com usuários, enfermeiras e médicos/as, uma experiência que costuma ser muito rica e os deixa encantados.

A Clínica do Homem foi incluída desde o primeiro semestre, e outros dois foram agregados no último semestre: a Policlínica Regional Dr. Sérgio Arouca (bairro do Vital Brasil, Niterói) e uma academia de ginástica comunitária no bairro Praia das Flechas. Essas inclusões devem-se ao próprio caráter da disciplina, às sugestões dos estudantes para uma maior diversidade de campos, e às minhas percepções. No caso específico da Policlínica, percebi que seria necessária visitar pelo menos uma unidade de saúde de um município que não desenvolvesse estratégias voltadas para a saúde dos homens especificamente, ou seja, um contraponto com relação às demais unidades visitadas. A proposta é que o grupo possa comparar as unidades em sua forma física, e os discursos dos profissionais e usuários dos dois tipos de unidades, construindo um contraponto entre as duas realidades.

Com relação à academia de ginástica comunitária, a ideia surgiu no semestre passado, ao visitarmos uma unidade de saúde que desenvolve estreita relação com a academia comunitária (Academia Carioca) que fica em frente à unidade. Nessa experiência, tivemos a oportunidade de conversar com usuários da academia, homens e mulheres com mais de 55 anos, e com o professor de educação física responsável pelas atividades. Os aprendizados foram muitos e ficou claro para o grupo que a promoção e o cuidado com a saúde não dizem respeito apenas à unidade de saúde propriamente dita e ao médico ou enfermeiro, mas podem ser partilhadas com outros profissionais e espaços. Além disso, a saúde e a sexualidade dos homens que já passaram dos 60 anos são temas relevantes para a formação médica, e vem se tornando fundamental devido ao aumento da expectativa de vida da população. Portanto, em ambos os campos as experiências têm sido gratificantes.

Mas os campos podem ser de outra natureza, como foi o caso do encontro “Gênero, Sexualidade e Infâncias: interfaces no campo da saúde e da educação”, organizado por mim e as preceptoras dos campos Maternidade, Envelhecimento e Infâncias, reunindo os estudantes dos quatro campos. A exibição conjunta de um filme, como o documentário

O fim do silêncio – um filme sobre aborto inseguro, que contou com a participação da diretora Thereza Jessouroum e suscitou discussões riquíssimas entre os estudantes. Ou ainda um campo “bate-papo” com um/a pesquisador ou gestor/a da área da saúde⁷.

A unidade “Saúde do Homem e Paternidade” costuma ser também surpreendente para os estudantes, pela relação que se estabelece entre a saúde masculina e a paternidade. Trata-se de um tema que vem tendo destaque no Ministério da Saúde, a partir da ideia de que a paternidade pode ser uma porta de entrada dos homens na atenção primária. A partir dessa premissa, algumas unidades de saúde vêm desenvolvendo estratégias tendo como alvo os futuros pais. Tais estratégias vêm sendo apoiadas e estimuladas pelo Ministério da Saúde, e o município do Rio de Janeiro tem saído na frente nessas iniciativas, com a estratégia “Pré-Natal Masculino”. Assim, durante o semestre, visitamos duas ou três unidades básicas de saúde que vêm desenvolvendo a estratégia, e uma maternidade que está alinhada com essa proposta, e que vem desenvolvendo um projeto com encontros mensais para discutir paternidade com os homens, futuros pais.⁸

Nessa unidade ainda é exibido e discutido o filme *Em um mundo melhor*,⁹ que trata de relações entre pais e filhos e construção das masculinidades, e que costuma gerar ricas discussões. São ainda exibidos vídeos institucionais e de curtas-metragens de ficção que trazem o tema da paternidade. E ainda pode acontecer uma visita à associação civil Quintal de Ana, voltada para famílias em situação de risco social e de apoio à adoção de crianças e adolescentes, também realizada com os campos “Maternidade” e “Infância”. Ou ainda uma conversa com pesquisadores ou gestores da saúde¹⁰. Campos que vão sendo decididos

⁷ Nessa unidade a conversa costuma ser com o pesquisador Romeu Gomes (IFF/Fiocruz), que tem vasto percurso de discussões sobre os temas “Saúde e Masculinidades”.

⁸ Clínica da Família Emygdio Alves Costa Filho, Centro Municipal de Saúde Professor Masao Goto, Clínica da Família Santa Marta e Maternidade Carmela Dutra. Para mais informações sobre a estratégia do Pré-Natal Masculino, acessar <<http://elosdasaude.wordpress.com/paternidade/>>

⁹ Filme dinamarquês dirigido por Susanne Bier.

¹⁰ Essa conversa costuma ser com a Viviane Castello Branco, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que está à frente das discussões e implantação de estratégias que articulem saúde e paternidade no município.

no decorrer do curso em consonância com as discussões em sala de aula, com o interesse dos estudantes e com as possibilidades das pessoas e instituições que nos recebem.

Considerações finais

Como considerações finais, posso dizer que tem sido muito satisfatório perceber as mudanças nos discursos dos estudantes entre o momento em que iniciamos as discussões, e quando realizamos nossa aula final de avaliação. Mudanças que não são percebidas somente por mim, mas por todos, que fazem questão de falar das próprias mudanças, e das mudanças nos colegas. Tornou-se corriqueiro ouvir dos estudantes que nunca haviam pensado sobre o tema da saúde do homem, mas que agora percebem a importância dessas discussões. Ou que até entrarem no curso não estranhavam a ausência masculina nas unidades de saúde que já haviam conhecido, ou a pouca preocupação dos seus pais com relação a esses cuidados. Ou que não faziam ideia de que as questões de gênero pudessem estar tão presentes na relação entre homens e saúde. Percepções que provocam mudanças pessoais e que, certamente, impactarão de forma positiva a experiência profissional desses estudantes.

Outra grata surpresa sempre relatada é a articulação dos nossos temas de discussão com o que também é discutido em outros campos de TCS 1, como “Maternidade”, “Infâncias: **sentidos e direitos**”, “Envelhecimento e Vida”, “Estilos de Vida nas Doenças Crônicas” e “Saúde do Trabalhador”, por exemplo. Aspectos que são percebidos mais claramente pelos estudantes durante o trabalho final de apresentação dos pôsteres, quando têm a oportunidade de ouvir os colegas apresentando os temas de seus campos. Mas não só nesse momento, pois os encontros entre eles são muitos e as conversas sobre o que estudam, os campos que visitam, as discussões em sala são inevitáveis. E esse intercâmbio é um resultado muito bem vindo para a disciplina de modo geral, e para o nosso campo de forma especial.

Por fim, em recente encontro com gestores e profissionais de saúde,¹¹ fui surpreendida ao saber que o curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense saiu na frente com um curso específico sobre saúde e masculinidades. Ao que parece, não há outra instituição de ensino médico um curso como esse que estamos construindo em nossa universidade. Considero esse um ganho para a UFF, para o curso de Medicina, para disciplina de TCS, e um orgulho para mim.

Referências

- BADINTER, E. *XY: de l'identité masculine*. Pris: O. Jacob, 2010.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CARRARA, S. *Tributo a Venus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- CONNELL, R.W. La organización social de la masculinidad. In: VALDÉZ, T.; OLIVARRÍA, J. (Ed.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago: FLACSO/Isis, 1997. p. 31-48.
- _____. Políticas da masculinidade. *Revista Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez., p. 185-206, 1995.
- GOMES, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- GOMES, R. et al. Avaliação das ações iniciais da implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. Rio de Janeiro: IFF, 2012.
- _____. *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- _____. *A saúde do homem em foco*. São Paulo: UNESP, 2010.
- HEILBORN, M.L.; CARRARA, S. Em cena, os homens. *Revista Estudos Feministas*, v. 6, p. 370-374, 1998.
- HEILBORN, M.L.; GOUVEIA, P.F. “Marido é tudo igual”: mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. (Orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 175-198.
- KIMMEL, M. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. In: VALDÉS, T.; OLIVARRÍA, José (Ed.). *Masculinidades: poder y crisis*. Santiago: FLACSO/Isis, 1997. p. 49-62.
- _____. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos: corpo, doença e saúde*, v. 4, n. 9, p. 103-117, out. 1998.

¹¹ Seminário Nacional Paternidade e Cuidado na Rede SUS, de 21 a 23/8/2013, Rio de Janeiro-RJ.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. “Eu não sou só próstata, eu sou um homem!” Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R. (Org). *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-38.

NOLASCO, S.A. *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

SILVA, P.A. dos S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-568, set. 2012.

Vídeos, curtas-metragens de ficção e programas de entrevistas

Café com Leite (Roteiro e Direção - Daniel Ribeiro): Disponível em: <https://www.youtube.com/results?search_query=caf%C3%A9+com+leite+completo>

Com a voz, o jovem pai (Instituto Papai): Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=DKiX4UmfWVE>>

Eu não quero voltar sozinho (roteiro e direção - Daniel Ribeiro). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1Wav5KjBHbI>>

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Canal Saúde/Fiocruz): Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=gfefgAXUko8>>

Pré-Natal Masculino (Canal Saúde/Fiocruz): Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=8xGdxTzv1mA>>

Integralidade da atenção à saúde de adolescentes em Jurujuba, Niterói-RJ: ensino-pesquisa-extensão da Universidade Federal Fluminense

Mônica Tereza Christa Machado¹

Introdução

O Trabalho de Campo Supervisionado 1 (TCS 1), em Jurujuba, é oferecido no primeiro ano do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF). A autora exerce função docente em Saúde Coletiva desde 1989, e a partir de 1999 vem atuando no TCS 1 com alunos nesse bairro, realizando atividades no Colégio Estadual Fernando Magalhães (CEFM), no Módulo do Programa Médico de Família (PMF) de Jurujuba e nas visitas comunitárias e à Associação de Moradores.

A disciplina se constrói participativamente a partir de cenários do bairro, com intenção destacada para o ensino-aprendizagem de Saúde Coletiva na prática. Articulam-se os conteúdos com as disciplinas teóricas do curso de Medicina, pertencentes ao eixo prático-conceitual do campo de saberes e práticas dos trabalhadores das áreas de saúde e educação. O desafio da integração “aprendizagem-extensão-pesquisa” se realiza no cotidiano do tecido social de um típico bairro de Niterói, Jurujuba, muito conhecido pela pesca artesanal.

Na tese de doutorado (MASCARENHAS, 2003) que teve como tema avaliar a atenção básica em saúde, já era preocupação da autora a prática em saúde coletiva. Agora, neste capítulo, procura refletir sobre a prática vivenciada ao longo dos anos em Jurujuba, reconhecendo-a como cada vez mais comprometida “triangularmente”: com as unidades de saúde,

¹ Doutora em Saúde Coletiva; professora associada II, Instituto de Saúde da Comunidade, Departamento de Planejamento em Saúde, Universidade Federal Fluminense.

com os adolescentes participantes do ensino público estadual, no ensino básico regular e os do núcleo de educação de jovens e seus professores, funcionários de apoio e familiares. As abordagens comunitárias garantem a integração com os demais moradores e as instituições locais. A Associação de Moradores de Jurujuba tem representações de “setores territoriais” (divisões do bairro por critérios programáticos do PMF), mas carece de uma articulação mais forte com esta equipe de saúde. Esta narrativa apresenta as partes seguintes: Antecedentes do trabalho; Apresentando o “lugar” e os adolescentes; Os objetivos geral e específicos; Metodologia; Resultados e discussão avaliativa, Conclusões e Referências.

Antecedentes

O município de Niterói vem se destacando no cenário nacional por sua participação ativa nos processos de discussão, experimentação e inovação em torno de programas institucionais e de transformações no modelo assistencial de saúde, especialmente em nível local. A partir da década de 1970, a UFF procurou enfatizar mais amplamente propostas inovadoras, avaliações de programas e modelos assistenciais. Há publicações de várias iniciativas e debates no campo da Saúde Coletiva, que atingem o cenário de Niterói (MASCARENHAS; ALMEIDA, 2002).

Na dinâmica vivenciada no TCS em Jurujuba, há relatos que registram aspectos qualitativos da participação acadêmica. Fatores teórico-práticos, pedagógicos, políticos e administrativos interferem nas práticas de campo vivenciadas. A reforma curricular do curso de Medicina da UFF, de forma inequívoca, potencializa a ação docente e o engajamento acadêmico. Discutir, refletir sobre as inovações, participar de eventos e comparar experiências anteriores, enriquecem o processo de formação profissional dos graduandos. Consequentemente, explica-se a opção feita pelo uso da ação educativa como método participativo no âmbito da saúde. Realizar o trabalho de campo com os adolescentes, grupo priorizado para vivenciar a integralidade em saúde, representa mais um esforço do trabalho educativo. Esta participação resulta “na superação da formação academicista e exclusivamente tecnicista que, por vez, o profissional de saúde recebe na universidade” (PINTO, 1982, p. 18).

Apresentando o “lugar” das atividades do TCS 1 e seus adolescentes participantes

Santos (1994, p. 15) reconceitualiza os vocábulos “território” e “lugar”, empregando-os dialeticamente. Estes conceitos reforçam na equipe de saúde, a compreensão e a prática do que seja participar na integralidade da saúde dos adolescentes em Jurujuba. Justificando: Santos propôs que o “espaço geográfico” (sinônimo de “território usado”) seja compreendido como uma mediação entre o mundo e a sociedade nacional e local, e como um conceito indispensável para a compreensão do funcionamento do mundo presente. O autor chama atenção para o novo funcionamento do “território”, através de horizontalidades (ou seja, lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial) e verticalidades (formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais). Assim, o território, hoje, pode ser formado por lugares contíguos e por lugares em rede: as redes constituem, então, uma realidade nova que, de alguma maneira, justifica a expressão verticalidade.

No “lugar”, segundo Santos (1994, p. 16), reside a única possibilidade de resistência aos processos perversos do mundo, dada a possibilidade real e efetiva da comunicação, da troca de informação e da construção política.

Há dois tipos de adolescentes que são “atores sociais” participantes no TCS 1 e eles se caracterizam, sobretudo, pelas classes sociais das quais se originam: são graduandos em Medicina (entre 17 e 25 anos, em geral) e os adolescentes moradores em Jurujuba (entre 11 e 17 anos, no ensino regular). Reconhece-se o valor do diálogo que costuma fluir entre estes dois grupos de participantes adolescentes. De acordo com Bordenave (1983, p. 50), “a maior força para a participação é o diálogo”. Alguns depoimentos registrados ilustram, nos dois grupos, situações vivenciadas. Os adolescentes de Jurujuba que participam do TCS 1 são caracterizados quanto a: seus aspectos biológicos, seu meio ambiente, seu estilo de vida, seu bairro: “lugar”, “território” e seus equipamentos sociais.

Biologicamente, a fase da puberdade e adolescência é reconhecida como sendo de notáveis transformações, desejos de novas experiências e prazeres, marcante busca de autonomia, questionamentos ou, como se diz popularmente, “eles/elas estão com os hormônios à flor da

pele”. Estudo de Ayres et al. (2003) aponta a vulnerabilidade dos adolescentes com a noção de que devem ser incluídos também em trabalhos preventivos e de promoção de saúde e na área da educação, entre outros setores. O rótulo de “aborrecente” pode marcar certo grau de rejeição, preconceito ou ignorância sobre esta fase de transição tão importante entre a infância e a fase adulta.

Na abordagem participativa adotada pelos membros da Equipe TCS 1, a comunicação é facilitada com o grupo de adolescentes nos diversos encontros, sejam eles programados ou espontâneos. Evidentemente, em várias ocasiões de conflitos, desafios e desencontros, procura-se na equipe abrir espaços para diálogos. Assim, ao garantir melhor conhecimento da realidade, com a intencionalidade dos educadores, se utilizam fatos e eventos do cotidiano para avançar no processo de ensino-aprendizagem dos grupos envolvidos, ou seja: adolescentes da comunidade e os graduandos, professores da escola e os profissionais de saúde. Então, ampliar o diálogo é um desafio permanente entre os participantes. Depoimentos de professores do colégio público confirmam tais valorizações e perspectivas.

São fenômenos significativos observados nas práticas do TCS 1, na saúde dos adolescentes e seus familiares: hábitos de alimentação e nutrição inadequados, obesidade infanto-juvenil; doenças de pele (micoses pela água do mar contaminada); escabiose, pediculose; gravidez na adolescência; DSTs, abortos; doenças psico-tóxicas (álcool, drogas, fumo); violência; desagregação e/ou desintegração familiar, entre outros problemas.

O estilo de vida dos adolescentes está condicionado especialmente às dificuldades de qualquer periferia urbana: há restrições do equipamento social disponível, estruturas e dinâmicas familiares diversificadas. A renda familiar é tradicionalmente garantida através do trabalho na pesca e outrora nas fábricas de sardinhas enlatadas. Tem-se destacado o cultivo de mariscos (artificialmente), atividade pouco valorizada inclusive pelos próprios grupos de adolescentes.

Os usuários dos serviços dispõem em Jurujuba, na área da saúde, de uma unidade do Programa Médico de Família, denominada Mario Munhoez; uma policlínica comunitária, Aureliano Chaves; e uma

maternidade municipal, Alzira Reis. Em caso de emergência, a população se dirige à Policlínica do Largo da Batalha.

Os adolescentes, por não se sentirem “à vontade” e por se considerarem “saudáveis” (sic), não frequentam as unidades de saúde disponíveis e próximas ao Colégio. Verbalizam, nas reuniões e oficinas, que não se sentem atendidos em suas necessidades e aspirações. Um fato já discutido foi o reduzido acesso pelos adolescentes aos preservativos fornecidos no Módulo Médico de Família – há também falta de confiança, pelos adolescentes, na preservação do sigilo e privacidade no ambiente das unidades de saúde. Tal como apontado, é preciso “os sistemas de saúde se voltarem para criar programas que sejam capazes de atender às necessidades específicas dos adolescentes” (CLARO, 2006, p. 1.566). Assim, outros temas de maior importância para esses adolescentes (anseios profissionais; melhoria do desempenho escolar; prevenção de fatores de risco não só nos agravos à saúde, mas também em questões sociais e ambientais; orientações quanto uso de drogas, álcool e fumo; gravidez na adolescência; prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST, HPV, HIV/Aids); prevenção de acidentes e da violência; saúde bucal, ocular e auditiva), emergem nos encontros programados conjuntamente e são facilitados pela metodologia participativa.

Na área da educação, relacionam-se os equipamentos seguintes: uma creche comunitária; a Escola Municipal Lúcia Maria Rocha; e o Colégio Estadual Fernando Magalhães. Observam-se no grupo de adolescentes dificuldades básicas na expressão oral e escrita, evidenciando os desníveis entre idade e séries correspondentes na escolaridade, inclusive com observações de situações de analfabetismo funcional. A insuficiência de professores no quadro de recursos humanos da unidade escolar interfere também na dinâmica do aprendizado e na ocorrência dos fenômenos de reprovação e de evasão escolar.

Na área cultural, lazer e religiosidade, se entrelaçam com festas e eventos tradicionalmente relacionadas aos santos padroeiros dos pescadores, com lugar de destaque no calendário turístico, assim como os fortes militares que guardaram historicamente as costas marítimas.

Destacam-se alguns problemas de infraestrutura urbana, que incidem inclusive no nível de moradia das famílias dos adolescentes: pavimentação; água e esgoto, coleta seletiva do lixo, iluminação, transporte, e comunicação.

No âmbito cívico-municipal e de participação popular, a Associação de Moradores de Jurujuba, embora afiliada à Federação das Associações e Moradores do Município de Niterói (FAMNIT), tem reduzido fator de mobilização e encaminhamento de questões e problemas do bairro. O desemprego, o subemprego e o alcoolismo ainda se destacam no panorama aparentemente tranquilo do bairro.

A questão da segurança no bairro influencia na subsistência (desemprego, subemprego) e/ou nos riscos sociais (doenças, velhice, acidentes de trabalho, morte e encargos sociais) e frequentemente interfere na vida dos adolescentes. Além do trabalho do serviço social (Centro de Referência da Assistência Social CRAS) atuante em Jurujuba, a equipe TCS 1 articula-se com o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente do bairro e adjacências. As equipes de saúde e de educação referenciam para este Conselho Tutelar os adolescentes e seus familiares em situação de risco ou que demandam orientações específicas.

Sob a percepção dos adolescentes participantes no TCS 1, o bairro enquanto “lugar” e “território”, concebido por Santos (1994), permanece pouco conhecido ainda. Trata-se até de uma das demandas do corpo docente do colégio para a equipe do TCS 1.²

Objetivos: geral e específicos

Geral:

Refletir sobre a prática vivenciada nas atividades da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1 (TCS 1), através da atenção à saúde integral de adolescentes de Jurujuba, tendo em vista ações participativas de ensino, pesquisa e extensão com graduandos de Medicina da UFF (período: 1999- 2014).

² Ver Resultados – Depoimentos A.

Específicos:

- a. Identificar a articulação ensino-pesquisa-extensão no TCS 1, no desenvolvimento prioritário de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP).³
- b. Descrever as ações participativas nos encaminhamentos e/ou soluções para demandas dos adolescentes, com ênfase em questões de saúde, numa percepção de integralidade, avaliando semestralmente os avanços e as lacunas.
- c. Registrar laços e produções compartilhadas com adolescentes, profissionais, instituições, organizações e interessados no tema da adolescência, incluindo intercâmbio de informações e publicações.
- d. Refletir sobre o processo de formação crítico, solidário e atuante dos graduandos, enquanto pessoa, profissional e cidadão.

Metodologia

Os graduandos em Medicina do segundo período do curso são divididos aleatoriamente, compondo equipes de seis a oito docentes/preceptor em cada um dos campos de TCS 1. O “lugar” e “território” Jurujuba, já caracterizado anteriormente, é o campo de desenvolvimento das atividades e a ênfase é dada aos adolescentes da comunidade-bairro, sujeitos atuantes no CEFM, espaço priorizado para os encontros semanais.

Com anterioridade à ida ao campo, no primeiro mês de contatos entre os docentes e o grupo de 13-15 acadêmicos, são estimuladas atividades seguintes: discussão ampla sobre temas, artigos científicos, vídeos, pesquisas bibliográficas e documentais, resenhas críticas, entrevistas com especialistas, entre outras. A própria programação de cada atividade inicial de sala de aula, para embasamento teórico, é realizada de forma participativa com esses graduandos.

³ **Conhecimentos:** ampliar habilidades para observações e registros sobre as características e os recursos da dinâmica comunitária e aspirações dos adolescentes, sob a ótica da Saúde Coletiva. **Atitudes:** demonstrar acolhimento, vínculo e responsabilização nas ações com os adolescentes. **Práticas:** elaborar diagnósticos de situações, intervenções e avaliações, com metodologia participativa, em projetos priorizados pelos adolescentes.

No primeiro contato com o bairro, o grupo realiza um amplo “passeio” em observação participante, sempre acompanhado pela docente. No desenrolar desse processo, tal ocasião vai se transformando em “imersão”, e o grau de observação, registrado nos “cadernos de campo”, vai coletando aspectos da dinâmica comunitária, os quais são retomados em discussões avaliativas posteriores.⁴ Assim, a “observação participante” (MINAYO, 1992) vai sendo aprendida e discutida por cada um, sendo revitalizada após cada encontro. Nessa primeira abordagem, a docente apresenta o grupo de acadêmicos aos profissionais locais das equipes de saúde/escolar e de outros equipamentos sociais. Na visita às instalações do CEFM, os acadêmicos são apresentados aos adolescentes.

No momento inicial, é realizada uma atividade para conhecer os interesses dos alunos adolescentes. A partir dessa demanda, escrita e sigilosa, a equipe da UFF se reúne com a equipe escolar e as equipes da unidade de saúde local, e procura realizar uma união de esforços e recursos para programar cada encaminhamento dos temas. Cabe à equipe UFF articular bem essas decisões/ações participativas. Assim, realizam-se oficinas, dinâmicas de grupo e vivências com os adolescentes e as equipes, estando os professores de cada turma presentes nessas atividades. Nos depoimentos coletados, há interessantes relatos da percepção das equipes envolvidas.

Cada ação é avaliada em encontros específicos entre os adolescentes e nos relatórios individuais dos acadêmicos. Está disponível farto material teórico com artigos de autores como Demo, Minayo, Paulo Freire, Bordenave, Ayres, Mattos, Gadotti, entre outros, numa pasta de uso coletivo, que permanece na Sala dos Professores. Trata-se também de um constante trabalho de difusão e ampla discussão conjunta.

Diretrizes e normas operacionais de programas dos governos (federal, estadual, municipal), relacionados à problemática da saúde escolar e, especialmente referentes aos adolescentes, estão também acessíveis para consultas e apoio na implementação no nível local. Entre outros

⁴ Ver Resultados – Depoimentos B.

documentos, destacam-se na área de saúde: Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD (BRASIL, 1989) e o Programa de Saúde Escolar – PSE (BRASIL, 2007).

Nos últimos anos, o CEFM tem sofrido descontinuidade programática, inclusive quanto à sua Proposta Político-Pedagógica (PPP), devido às mudanças de direção geral. Na área de educação, são utilizadas diretrizes, normas e programas seguintes: Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN (BRASIL, 1998); e de uso comum nas áreas de saúde e educação, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/90). Os atos oficiais são disponibilizados para discussões no grupo de acadêmicos. Evidentemente, o Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/90), em seu texto na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88), é motivo de forte debate quando confrontados seus princípios e orientações com a vivência dos moradores e adolescentes de Jurujuba. Mais recentemente, o Sistema Único de Assistência Social – SUAS (Lei nº 12.435/11) também é discutido no grupo, frente aos instrumentos que são manejados por assistentes sociais ao nível local.

Ao final de cada semestre, há um seminário intergrupar de apresentação das experiências e avaliações, reunindo docentes e acadêmicos. Os depoimentos são apresentados em rodízio e com pôsteres, pelas equipes de cada um dos campos da disciplina. Vale registrar que, em algumas ocasiões, adolescentes de Jurujuba e seus professores participaram desse relato e avaliação e se sentiram “parte”, pertencentes com laços subjetivos, felizes “por estarem juntos”.

Atenta aos objetivos traçados, a docente observa a crescente aquisição de competências profissionais (CAP), fortalecendo a autoavaliação e a avaliação em grupo com critérios qualitativos aplicados no processo participativo. Vale registrar o aspecto metodológico de respeito ao preceito ético neste projeto intitulado previamente como “Saúde do Adolescente: Uma Nova Visão da Educação em Saúde numa Escola Pública no Bairro de Jurujuba em Niterói-RJ”, que teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFF (CAAE 13550613600005243).

Resultados e Discussão Avaliativa

A **reflexão sobre a prática vivenciada** nas atividades desta disciplina, em Jurujuba, especialmente voltada para a **integralidade da saúde de adolescentes** permite avaliar, com os destaques em negrito feitos pela autora:

- que a **continuidade programática** de TCS 1, sob responsabilidade da mesma docente desde 1999, é um aspecto responsável por vários resultados positivos, frente aos objetivos específicos traçados (assim, o **tempo** está reconhecido como uma **variável crítica** importante);
- que se obteve, desde o início, **aumento gradativo da articulação do processo de ensino-pesquisa-extensão**. No ensino-aprendizagem dos acadêmicos, não só houve ocasiões de observar, mas também de ouvir e ler seus depoimentos sobre o crescimento vivenciado, como **médicos em formação**, o que se deu de forma mais **engajada, participativa e crítica**;
- que a **“observação participante”** vivenciada deu origem a novos conhecimentos, atitudes e práticas que foram incorporadas à “bagagem” de cada graduando;
- que na **extensão universitária**, várias práticas e redes de colaboração e trocas foram fortalecidas pela equipe UFF, pelos desafios e resultados que as pessoas envolvidas conseguiram, **participativamente**, atingir. Os jovens, tanto os escolares como os graduandos, gostam de **situações concretas**, são **pró-ativos, criativos** e precisam **“experimentar”** a própria **força transformadora**.

Conhecer, refletir e analisar sobre situações, exigem estilos de vida, organização das forças comunitárias e institucionais, características do meio ambiente e outros fatores intervenientes na saúde dos adolescentes. Tais fatores – todos eles – **dialeticamente** facilitam uma formação mais coerente, mais “cidadã”.

Como pontos ainda **carentes de aperfeiçoamento**, na atualidade, podem ser relacionados:

- maior fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunitários, especialmente adolescentes, entre unidades de saúde – unidades escolares – associação de moradores;
- necessidade de estimular a produção de materiais sobre o cotidiano comunitário na perspectiva dos participantes;
- necessidade de aprimorar atividades participativas, com introdução de novas técnicas de dinâmica grupal de educação em saúde;
- capacitação de multiplicadores: profissionais de educação, de saúde e adolescentes, incluindo discussões sobre o PROSAD e o PSE;
- oferta de subsídios às escolas locais e discussão ampla sobre as contribuições inovadoras do movimento Escola-Cidadã, de Paulo Freire e Moacir Gadotti.

Paulo Freire, com sua pedagogia “dialético-dialógica”, talvez seja um dos últimos humanistas que influenciaram decisivamente o “fazer educativo”. A docente identifica em depoimentos orais e escritos das várias pessoas que estão participando nas atividades, a educação como uma prática antropológica por natureza e conseqüentemente ético-política (respeito, participação cidadã).

Liberdade, Conscientização e Diálogo, temas priorizados nos escritos de Freire, são valorizados pela docente para “iluminar” a prática que orienta no TCSI. Assim como o aluno, também **somos todos aprendizes**.

Alguns depoimentos coletados entre os adolescentes com as equipes ilustram situações vivenciadas na disciplina, selecionados nos períodos de 2010 a 2014. Freire enfatiza que a Realidade pode ser transformada pelo trabalho coletivo resultante da reflexão e percepção crítica sobre as situações onde a população está inserida. Assim, **sujeitos** observam / transformam o **objeto** Realidade.

Os “**atores sociais**” (sujeitos) estão categorizados, em suas “**falas**” ou “**escritos**” de acordo com as funções comunitárias (A = professores da escola pública; B = graduandos de medicina; C = adolescentes da escola pública; D = profissionais das equipes de saúde locais). Cada situação apresentada é parte da realidade trabalhada.

DEPOIMENTOS A: Professores da escola pública

Os alunos se sentem **motivados**, pois a interação com os jovens do curso de medicina permite uma **participação maior** de nossos adolescentes (2012).

Os adolescentes **não** se sentem **manipulados** e conseguem **manifestar** suas **dúvidas** e **expectativas**. Sempre aguardam ansiosamente pelos **encontros** (2013).

Há preocupação em atingir a **linguagem** dos jovens (2012).

Percebo a **presença da Universidade** como uma grande fonte de **contribuição à escola e à comunidade** (2010).

Podemos **observar melhor** os nossos alunos sob **outro** ponto de vista. Precisamos ter esse contato com a Universidade até para haver uma **capacitação**, um **diálogo**, o que está ocorrendo em termos de **atualização**, já que estamos fora da realidade da Universidade há muito tempo (2013).

Sugiro que a Universidade amplie os mecanismos de **divulgação dos resultados para o corpo docente da Escola** (2014).

São necessários **encontros** que envolvam mais os **pais dos adolescentes** e a **comunidade escolar** (2012).

A questão da **gravidez na adolescência** é preocupante. Nós **professores** deveríamos ser **capacitados** para lidar melhor com o tema, de forma **multidisciplinar**. Por exemplo, calcular as taxas de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis em matemática, fazendo link com a geografia, relacionando com as regiões do Brasil e do mundo (2014).

DEPOIMENTOS B: Graduandos do curso de Medicina participantes

Desde o ônibus, já estávamos **ansiosos** pelo que veríamos neste dia. Começamos pela unidade do **Médico de Família** onde fomos recebidos pela preceptora e médica da unidade. Fomos conhecendo um pouco das **condições de vida da população** e também apreciamos a **relação de respeito e confiança** na doutora (2010).

A ida ao campo foi **uma das melhores experiências na faculdade até hoje**. Exercitamos como nunca antes a nossa capacidade de **comunicação** (2010).

Temos que usar de toda a **nossa criatividade**. Cada pessoa carece de um **tratamento** e uma **atitude diferente** adequadas às suas **demandas** (2010).

A conquista de um **espaço** onde os **adolescentes** pudessem **falar** sobre **questões** não muito discutidas em **seus cotidianos** foi a maior conquista. Não apenas os adolescentes, como **também nós, integrantes**, passamos a ter **pensamentos mais críticos**; passamos a ver que o **Médico não precisa se limitar ao consultório**, pode também, **modificar a realidade** em que está inserido (2012).

Percebemos que a direção do colégio fica muito aflita com a situação dos adolescentes, com um apelo por ajuda: **estamos perdendo os adolescentes!** Eles têm se enveredado pelo atraente e obscuro tráfico de drogas por ser um caminho fácil para subir na vida” (2013).

Percebi na prática o que é **busca ativa**. Vi que não só a **agente comunitária** vai atrás dos pacientes, mas que **essa atitude** faz parte da **postura médica** em prol da **saúde dos pacientes** (2014).

Fica claro que **muito precisa ser feito**, principalmente, na **educação** dos jovens. Quem sabe assim eles possam ter uma **melhor expectativa** e planos para suas realidades (2014).

DEPOIMENTOS C: Adolescentes participantes do projeto da disciplina

A nossa conversa foi muito **interessante**, falamos sobre tudo, não tivemos **nenhuma vergonha**. A conversa **foi mega** à vontade! (2014).

Até nos divertimos com o que falamos. Para um primeiro encontro foi muito bom (2010).

Não aguentei quando minha amiga foi falar com o aluno da medicina, naquela hora que ele falou que era lá de Minas - aqui na escola, na cantina, o mineirinho é um real e **você, quando custa?** Foi muito **divertido** (2010).

DEPOIMENTOS D: Equipes locais de saúde participantes do projeto

A **parceria** com os estudantes da UFF trouxe uma **experiência muito rica**, com maior estímulo no trabalho. Permitiu **observar e buscar novos desafios** dentro da comunidade que pela rotina diária são deixados de lado (2012).

A visualização da **identificação dos adolescentes da comunidade** com os **estudantes**, pela proximidade da **faixa etária** e da **linguagem** é um ponto que acho muito positivo (2011).

O **convívio com os estudantes** acaba nos trazendo **conhecimentos novos** do meio acadêmico. Devemos **nos reconstruir** para termos o êxito necessário na formação da **relação médico-paciente** (2010).

A **participação** no projeto trouxe **aumento da autoestima**, pois o trabalho que desenvolvemos no módulo é **visto e reconhecido** (2012).

Conclusões

A Escola-Cidadã é uma escola de comunidade, de companheirismo, é uma escola de produção comum do saber e da liberdade. É uma escola que vive a experiência tensa da democracia.

Paulo Freire (1997)

A escola, nessa perspectiva de Freire, como o espaço primordial para aprender e fluir na participação, também pode ser uma concepção aplicada à Universidade, inclusive a UFF.

Conclui-se esta etapa de reflexões sobre o trabalho docente desenvolvido o mais participativamente possível, junto com adolescentes, como exercício de “escolhas” e de construção de “sentidos”. A docente encontra-se integrada a duas equipes (de saúde e de educação) e a dois grupos de adolescentes (dos graduandos e dos escolares). Dessa forma, encaminhamos a integralidade na prática, através de vivências compartilhadas na disciplina TCS 1, em Jurujuba: o “lugar”, o “território” onde todos nós experimentamos a “tensa democracia”.

Referências

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-399.

BORDENAVE, J.E.D. *O que é participação?* São Paulo: Brasiliense, 1983.

- BRASIL. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Programa Nacional de Saúde na Escola. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Sistema Único de Assistência Social – SUAS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)*. Bases Programáticas. Portaria 980, de 12 de dezembro de 1989. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos de ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais*. Brasília: MEC/SEF, 1998.
- CLARO, L.B.L. et al. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1.565-1.574, 2006.
- DUARTE, L.F.D. *As redes do suor: a reprodução social dos trabalhadores da pesca em Jurujuba*. Rio de Janeiro: EdUFF, 1999.
- FREIRE, P. *Centro de Referência Paulo Freire*. Disponível em: <<http://www.acervo.paulofreire.org/xmlui/handle/7891/1645#page/2/mode/1up>>.
- GADOTTI, M. *O plantador do futuro*. Paulo Freire: a utopia do saber. São Paulo: Dueto, 2005 (Coleção Memória da Pedagogia, 4).
- MASCARENHAS, M.T.M. *Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no município de Niterói, RJ: estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2003.
- MASCARENHAS, M.T.M.; ALMEIDA, C. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 82-102, 2002.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Conferencia Internacional de Alma Ata: Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS, 1977.
- PINTO, J.B. *Ação Educativa através de um Método Participativo no Setor Saúde*. In: MENDONÇA, G.F. (Org.). *Ação educativa nos serviços básicos de saúde*. Brasília: Centro de Documentação, 1982.
- SANTOS, M. *Território, globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.

Falando sobre drogas no primeiro ano do curso de Medicina

Veronica Fernandez¹

Pensamentos iniciais

O desafio de fazer valer a transformação no ensino em saúde, principalmente no que diz respeito à materialização de práticas pedagógicas que se alimentam das experiências do cotidiano – advindas tanto dos serviços de saúde como de outros espaços construtores de diferentes determinantes de saúde-doença-cuidado –, é caracterizado aqui como o principal motor de arranque para o desenvolvimento da disciplina TCS 1.

Valores que outrora não marcavam presença enfática nos currículos de saúde, atualmente orientam políticas no campo da educação e da saúde e pavimentam o caminho para o desenvolvimento de uma prática de cuidado em saúde que seja integral. Vínculo, acolhimento, integralidade, responsabilização, trabalho em equipe multiprofissional, resolutividade, pactos e redes, centralidade da formação e da organização da rede de cuidados nas necessidades de saúde, trajetória terapêutica, cuidado integral, cenários diversificados de aprendizagem e práticas de ensino na rede SUS são algumas expressões e conceitos que o campo da Saúde Coletiva vem aprofundando no âmbito das discussões sobre ensino em saúde. Esses valores criam um impacto direto na prática docente, tendo em vista que ultrapassam a lógica conteudista de transmissão do conhecimento e convidam para a construção partilhada de saberes e práticas, agora não só entre professor-estudante, mas entre professor-estudante-cenários de

¹ Mestre em Saúde Pública; professora no Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense.

prática. Sobre tais impactos na prática docente, Rocha e Ribeiro (2012, p. 344) destacam que:

[...] ocorre basicamente uma mudança no foco da atenção, que passa do professor, detentor do conhecimento, para o aluno – melhor dizendo para o aprendiz, ou para o aprendizado –, já que o conhecimento passa a ser visto como algo em permanente construção e em constante transformação.

As disciplinas de campo, com momentos de observação e, por vezes, de intervenção, vêm aumentando em número em quase todos os cursos de graduação em saúde na UFF. Nesse caminho, a preceptoria assume papel fundamental no processo de ensino-aprendizagem em disciplinas com o perfil do TCS 1, quando se tem a compreensão de que tal processo envolve, minimamente, aspectos cognitivos, afetivos, habilidades, atitudes e valores (Masseto *apud* ROCHA; RIBEIRO, 2012).

A capacidade de integração de saberes, valores, conceitos e práticas do mundo acadêmico e do mundo do trabalho é característica inerente da preceptoria, com o objetivo de desenvolver junto aos estudantes estratégias para resoluções de problemas cotidianos na sua área de atuação (BOTTI; REGO, 2008). Pensar na construção de um cronograma de atividades que se aproxime dessas premissas e que crie sentido dentro do desenho da formação, no nosso caso, na graduação em medicina, representa um exercício constante de construir e desconstruir conforme a movimentação dos cenários de aprendizagem, e de acordo também com a resposta vinda da experiência com os estudantes.

À luz dos objetivos do TCS 1 e do conjunto de acordos pactuados entre os professores da disciplina para o seu desenvolvimento, o tema “Álcool e outras drogas” vem sendo trabalhado desde 2007, abordando aspectos históricos, políticos e culturais, fazendo a interlocução com espaços dentro e fora da rede SUS e contando com a parceria de agentes mobilizados com o tema.

Sobre álcool e outras drogas

Nos últimos anos, o abuso de substâncias psicoativas tem se apresentado como grande desafio aos formuladores de políticas públicas, tendo em

vista sua complexidade de abordagem e o impacto social promovido por diferentes posicionamentos. A caracterização do alcoolismo como um problema de saúde pública traz à tona um desafio específico para o campo da saúde, de construir estratégias e ações que ultrapassem juízos morais, exigindo dos profissionais de saúde um olhar aberto às múltiplas dimensões do conhecimento, que agregue saberes e setores diversos, não se limitando à leitura de sinais e sintomas que o alcoolismo apresenta e consequente ação direta ligada a estes. Partindo do ponto de vista da construção de conhecimento dentro do campo da Saúde Coletiva, destacamos que as intervenções sobre o tema do alcoolismo requerem a integração, promovida por este campo, de diferentes áreas do conhecimento, como a Medicina, a Psicologia, a Educação, a Assistência Social, a Epidemiologia, entre outras (POMBO-DE-BARROS; FERNANDEZ, 2012).

A constatação de proporção de grave problema de saúde pública encontra eco em diferentes espaços e seguimentos da sociedade, pela comprovada relação entre consumo e agravos sociais. Esse enfrentamento se constitui numa demanda mundial, tendo em vista a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de escolaridade, sexo, idade e renda. Tal realidade encontra equivalência no Brasil, salvo variações sem impacto epidemiológico significativo (BRASIL, 2004).

Conforme definição, o alcoolismo se caracteriza como:

[...] doença crônica, primária, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciando seu desenvolvimento e manifestações. A doença é geralmente progressiva e fatal. É caracterizada pela falta de controle sobre a bebida, pré-ocupação com a droga álcool, uso de álcool apesar das consequências adversas e distorções no pensamento, negação notável. Cada um destes sintomas pode ser contínuo ou periódico (DECS, 2012).

No aspecto político-econômico, incentivos a produção e comercialização de alguns tipos de drogas, assim como a proibição do uso e comercialização de outras, são fatos marcados historicamente e chamam a atenção nos principais debates atuais sobre o tema. A dinâmica da transformação

do conceito de “droga” também é bastante caracterizada na história. Tratamos aqui como drogas ou substâncias psicoativas aquelas que alteram funções em organismos vivos, com mudanças fisiológicas ou de comportamento. Utilizadas por sociedades antigas e atuais como recreação, sociabilidade, rituais religiosos, procedimentos terapêuticos com reconhecimento científico ou não, as diferentes drogas permanecem intensamente presentes nas sociedades contemporâneas.

O abuso e a dependência de drogas têm impacto em valores políticos, econômicos e sociais. Contribui para o crescimento dos gastos da rede pública de saúde com assistência e internação hospitalar, eleva índices de acidentes de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras (CARLINI *apud* SILVA et al., 2006).

Caracterizado como problema de saúde pública, o alcoolismo hoje apresenta, ao mesmo tempo, índices alarmantes e de difícil mensuração, tendo em vista que, muitas vezes, o registro de casos em prontuários se dá pela comorbidade apresentada e nem sempre é relacionada à possível dependência. Há um alerta social que relaciona não só o aumento de sujeitos usuários, mas também o reconhecimento das comorbidades e das consequências indiretas do consumo exacerbado (violência, tráfico, acidentes de trânsito, perda dos vínculos). Alguns governos têm respondido a essa demanda com políticas de controle e combate às drogas, proibições ou a regulamentação da utilização.

Entre os fatores que podem influenciar a formação ou mudança de um hábito ou comportamento, podemos destacar os valores culturais, significados e questões pessoais, acesso e oferta da substância, predisposição genética, contexto sócio-familiar, histórico de experiências de vida, respostas dos serviços de saúde, entre outras determinações (POMBO-DE-BARROS; FERNANDEZ, 2012).

A caracterização da drogadição como doença por organismos mundiais (como no caso do alcoolismo, por exemplo, pela OMS) constitui dispositivo que auxilia na reflexão e no planejamento de ações relativas à questão. A Política de Redução de Danos, assumida por alguns governos (por exemplo, pelo Ministério da Saúde do Brasil), tem orientado as práticas de saúde voltadas às questões do alcoolismo e suas comorbidades,

e não coloca a abstinência como o único objetivo a ser alcançado. A redução de danos considera as singularidades e as diferentes possibilidades e escolhas relacionadas ao tratamento. Preconiza o acolhimento sem julgamento prévio, buscando analisar cada caso na sua singularidade, estimulando a participação e o engajamento de cada usuário na formação de estratégias de tratamento, para melhorar a qualidade de vida e evitar outras doenças. Outros métodos não são excluídos, o que aumenta a liberdade, e a corresponsabilidade do usuário (BRASIL, 2004).

Na direção da atenção integral a usuários de álcool, buscamos no conceito de integralidade em saúde, suporte para o entendimento e enfrentamento das questões relacionadas ao alcoolismo. Além de ser um dos princípios que orientam o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade em saúde se apresenta aqui como um conceito estruturante em direção às estratégias de suporte que auxiliem a gestão dos serviços de saúde, em um sistema que tem nos seus usuários o foco principal para seu desenvolvimento e consolidação.

Pinheiro et al. (2004) afirmam que é na dimensão dos conhecimentos e das práticas do trabalho em saúde que geramos a capacidade de promover acolhimento e a integração do atendimento prestado. Nessa dimensão, a integralidade passa a ser entendida, conforme os autores, como um processo de construção social, tendo na inovação institucional o mote para sua materialização, à medida que possibilita a invenção de novos padrões institucionais. Pode com isso, a partir de novas experiências, conferir maior horizontalidade nas relações dos sujeitos envolvidos no ato de cuidar, ou seja, no cuidado em saúde.

Organização das ideias: construindo o roteiro para debate

Tendo o panorama anterior como ponto de partida e o desafio posto para o campo da Saúde Coletiva, de contribuir na construção de estratégias e ações que ultrapassem juízos morais e na formação de profissionais de saúde com um olhar disponível às diferentes dimensões do conhecimento, concentramos esforços no direcionamento do debate, dentro da disciplina, apresentando aspectos da determinação social do processo saúde-doença – nesse caso, da dependência de drogas.

A abordagem e a análise do processo histórico da dinâmica das drogas na sociedade são realizadas nos primeiros encontros do grupo. Olhar para trás buscando entender os valores e paradigmas de cada momento marcado na história, considerando aspectos econômicos, políticos, científicos e sociais, nacionais e internacionais, tem sido uma estratégia de construção do conhecimento sobre o tema que ajuda no entendimento e crítica do debate atual.

A busca por publicações recentes de artigos sobre álcool e outras drogas, com diferentes abordagens do assunto, traz o “estado da arte” das discussões científicas, envolvendo novos tratamentos e levantamentos epidemiológicos. Essa atividade tem o objetivo de promover a primeira aproximação com um texto científico sobre o assunto, privilegiando o atravessamento da discussão histórica anterior com o panorama atual das publicações. E a opção pela realização de atividades de campo iniciada conjuntamente com as atividades em sala de aula tem se mostrado bastante profícua quanto à articulação teórica com os cenários selecionados. Ressaltamos que essas atividades de campo procuram acompanhar cada momento específico do debate realizado na sala de aula.

Sobre as políticas públicas de saúde específicas do tema, os estudantes realizam a busca por documentos (programas, decretos, portarias, legislação em geral) que orientam as práticas e a organização dos serviços de saúde.

Apresentado o cenário histórico e atual, partimos para a proposta de trabalho que é definida por cada grupo, a cada semestre. O que queremos entender, conhecer ou analisar sobre álcool e outras drogas? A orientação da construção do planejamento das atividades é determinada pelo que cada grupo traz de questionamentos. Por exemplo: drogas nas escolas, no ambiente universitário, mitos e verdades, diferenças de abordagem entre gêneros, internação compulsória, entre outros.

A partir da definição do rumo do debate a ser construído, é feito o agendamento com parceiros de outras instituições (da rede de serviço de saúde ou não), tendo como objetivo compreender a ação concreta relacionada ao tema e buscar na literatura subsídios que contribuam nesse processo. O cronograma é um instrumento aberto, tanto para

as atividades conjuntas com outros temas da disciplina como para a inserção de novas, que eventualmente aconteçam durante aquele semestre – por exemplo, audiências públicas na Câmara de Vereadores (do Rio de Janeiro ou de Niterói), eventos científicos ou atividades da rede de saúde realizadas no município ou em municípios vizinhos, entre outros.

Assim como as atividades de campo, a seleção de filmes para exibição e debate é realizada de acordo com momento do cronograma. Ou seja, a abordagem que determinado filme ou documentário traz busca se inserir no contexto do momento da programação das atividades.

A opção pela realização de uma ação concreta (um levantamento ou uma intervenção) é definida no início do semestre. Para isso, traçamos um planejamento onde essas atividades se realizem de forma concomitante às atividades de sala de aula e de campo.

Consideramos de fundamental importância o momento em sala de aula, quando o grupo discute a síntese de cada atividade de campo realizada. Nesse momento, buscamos fazer a costura e o encadeamento das leituras realizadas, dos filmes assistidos e do que vai sendo amadurecido ao longo do semestre.

Possibilidades didático-pedagógicas: a materialização das ideias

Desde 2007, o tema “Sobre álcool e outras drogas” vem sendo abordado em TCS 1 com o objetivo de estimular reflexões com base no debate político-econômico, sócio-histórico e cultural da relação do homem com substâncias psicoativas, em especial o álcool. A compreensão da dinâmica das drogas na sociedade é o mote para a orientação do olhar dos estudantes sobre a utilização dessas substâncias ao longo da história, entendendo que a presença das drogas caminha, paralelamente, com a história do homem em diferentes momentos. Os diferentes impactos do uso ou abuso das drogas na saúde podem ser representados pelas proporções destrutivas e desagregadoras das quais tivemos relatos de pacientes em tratamento nos espaços onde realizamos a prática da disciplina.

As discussões também mantêm o foco nas políticas públicas nacionais, concomitantemente com a observação do desenho dos serviços no

nível local e na interlocução com os sujeitos envolvidos e presentes nos cenários de prática da disciplina. Escolas, reuniões abertas de Alcoólicos Anônimos, centros religiosos de atendimento à dependência, audiências públicas do legislativo sobre o tema, comissões de saúde especializadas, grupos organizados dentro da rede de saúde, além dos espaços formais da rede SUS, são potenciais cenários de ensino-aprendizado.

Aspectos relacionados a valores culturais, significados pessoais, acesso e oferta de serviços de saúde, contextualização social e familiar, história de vida e políticas públicas são a base para que os estudantes tenham a possibilidade de refletir sobre diferentes fatores que podem determinar a formação ou a mudança de um hábito ou comportamento, como os que configuram o alcoolismo. A construção de um olhar predisposto a essas múltiplas dimensões requer do grupo de estudantes intervenções e propostas que ultrapassem juízos morais, verificadas nos debates produzidos nos momentos de sala de aula, com base na literatura, na exibição e debate de filmes sobre o tema e nos campos. As atividades com os estudantes são construídas com base na organização do trabalho e na composição das equipes, como também na contribuição dos sujeitos em tratamento.

O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas de Niterói, o Observatório de Gestão e Informação sobre Drogas, do Estado do Rio de Janeiro e a Unidade de Tratamento de Alcoolistas (UTA) do Instituto Municipal Philippe Pinel têm sido alguns dos parceiros nos debates da disciplina e constituem espaços privilegiados para a construção desse olhar sobre o tema, desde o início das atividades, em 2007.

As discussões com base nas atividades em sala de aula (textos e filmes selecionados) e espaços de prática, em diferentes setores, têm proporcionado importantes debates como, por exemplo, a resposta do SUS a essa demanda específica, a construção de um olhar ampliado amistoso a uma prática do cuidado integral e como a sociedade, de uma maneira geral, lida com a questão.

A apropriação do tema e do debate das drogas pode ser avaliada semanalmente nos encontros do grupo, e ao final do período com a apresentação de pôsteres, cujo conteúdo traz tanto a caracterização dos

cenários trabalhados como o produto de uma ação concreta realizada durante aquele período. Em avaliações realizadas ao final dos períodos, notamos, em alguns estudantes, a argumentação crítica com relação ao direcionamento dos textos legislativos em contradição com o cenário encontrado nos serviços, sobretudo no que diz respeito ao investimento no SUS, qualificação e quantitativo das equipes especializadas e ações de prevenção à dependência. Dá-se, assim, margem ao desdobramento das discussões sobre o tema específico das drogas e questiona-se a prioridade de planejamento e investimento públicos em demandas sociais (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ, 2013).

Considerações finais ou sobre os rumos do processo

O tema tem se mostrado, a cada semestre, desafiador e ao mesmo tempo de extrema relevância nos currículos de formação em saúde, sobretudo quando proporciona ao estudante o movimento de olhar para dentro e revisitar seus próprios valores e significados relativos ao alcoolismo e outras dependências. A atualização do debate, o se debruçar sobre a pesquisa e a interlocução com seus pares quando o assunto é “droga” tem demonstrado bastante interesse dos grupos de estudantes.

A parceria com os espaços de prática, ao longo dos anos, funciona como uma corresponsabilidade, mesmo que não seja formalizada, entre a universidade e os serviços no processo de formação desses profissionais de saúde. No ensino em saúde, os saberes advindos das práticas desenvolvidas nos serviços são fundamentais para a construção de novos saberes e para a reavaliação de saberes já consolidados.

Referências

- BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med.*, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas*. 2. Ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- DESCRITORES em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V.S. Dispositivos de transformação da formação em saúde: desafios da construção cotidiana e caminhos trilhados. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2013. p. 129-146.

PINHEIRO, R.; FERLA, A..A.; SILVA JR, A.G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J.J.N. et al. (Orgs.). *Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. Rio de Janeiro: ABEM, 2004.

POMBO-DE-BARROS, C.F.; FERNANDEZ, V.S. Reflexões sobre o campo da psicologia e o uso abusivo de drogas. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. (Orgs.). *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 211.

ROCHA, H.C.; RIBEIRO, V.B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. *Rev Bras Educ Med.*, v. 36, n. 3, p. 343-350, 2012.

SILVA, L.V.E.R. et al. Consumo de álcool e drogas por universitários. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 280-8, 2006.

Sobre a preceptoria como proposta de “ensino ampliado”: construindo um olhar integral da/na saúde sobre as violências

Sônia Maria Dantas Berger¹ | Elizabeth Clarkson²

Notas introdutórias: as preceptoras, suas implicações e trajetórias

A tarefa de produzirmos um texto-relato sobre nossas experiências enquanto preceptoras na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1 (TCS 1), oferecida regularmente aos alunos do primeiro ano da graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), precisará, antes de tudo, dar ao leitor a dimensão de nossas diferentes implicações e do processo de escrevermos, a quatro mãos, sobre o que veio a se configurar como “nossa” preceptoria no campo temático da “Atenção Integral a Pessoas em Situação de Violência”(TCS 1B-Violências).

O primeiro desafio na elaboração deste capítulo veio do convite recebido por cada uma de nós para escrevê-lo: “Olá preceptora! Você está sendo convidada para escrever um capítulo no livro *Cadernos do preceptor: história e trajetórias*”. Acontece que somos duas preceptoras que, embora desenvolvamos também trabalhos “individualizados” de preceptoria de TCS 1 para alunos do primeiro período, uma com o tema das Infâncias e outra com o do Envelhecimento, resolvemos compartilhar a construção de um novo campo temático para ser trabalhado com alunos do segundo período de Medicina.

¹ Psicóloga; Mestre e Doutora em Saúde Pública; Pós-Doutorado em Saúde Coletiva; professora adjunta, Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.

² Médica, Mestre em Saúde Coletiva; professora adjunta no Departamento de Saúde e Sociedade, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.

Consideramos ser tal processo de construção compartilhada já um dos elementos a serem problematizados em nossas reflexões iniciais. Como que duas professoras universitárias, partindo de formações e trajetórias diferentes, afinaram seus olhares para uma atuação que pudesse proporcionar aos alunos uma abordagem inovadora e um processo de ensino-aprendizagem significativo orientado pelo eixo da integralidade em saúde, tendo como tema transversal as violências? Uma, enquanto psicóloga e sanitarista cujo percurso acadêmico antes da recém-carreira docente universitária iniciada, vinha se dando em consonância com as atividades de pesquisa-extensão e ensino na pós-graduação, associadas à gestão da educação e do processo de trabalho em saúde frente ao problema das violências. E outra, enquanto médica sanitarista e docente com experiência no ensino, na graduação em Medicina da UFF, que participou da implantação e renovação do currículo médico através de disciplinas que surgiram considerando a realidade da formação médica e que acompanha o cotidiano das práticas de saúde pública nas redes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Ribeiro e Cunha (2010, p. 55) “a recuperação das trajetórias da docência tem se constituído num interessante modo investigativo no campo da educação”, algo bastante relevante no que se refere à possibilidade de se colocar em análise a formação para a docência e, em especial, como no caso das autoras deste capítulo, a formação e prática pedagógica de preceptores do ensino em saúde.

Neste caminho, levando em conta a “indissociabilidade entre gestão do trabalho e gestão do conhecimento” (RIBEIRO, 2004, p. 288), seguimos nos questionamentos sobre este singular encontro de trajetórias, especialmente no que se refere ao processo de trabalho instaurado via preceptoria. Como estaria o mesmo sendo operacionalizado neste tipo de preceptoria compartilhada?

Considerando-se que a realidade do mundo dos que trabalham hoje (inclusive na saúde) é marcada pela falta de lugar para todos, pela fragilidade nas relações de confiança, de cooperação, de reconhecimento, associadas à fragmentação e à rigidez na organização do trabalho (DANTAS-BERGER, 2010), até que ponto estaríamos nós, preceptoras, conseguindo de alguma forma romper com uma lógica de individualização e fragmentação de

saberes na produção profissional e acadêmica, ao buscarmos desenvolver um processo de trabalho de fato interdisciplinar, em regime de cooperação e diálogo permanentes, algo tão propagado como necessário e urgente no ensino e na atenção em saúde, mas poucas vezes praticado? Não são respostas ou questões simples de serem aqui dadas e/ou analisadas até porque, levando-se em conta a curta experiência de três turmas de alunos,³ encontra-se tal proposta em pleno processo de “experimentação”, sendo as mesmas aqui apenas pontualmente retomadas e discutidas.⁴

No entanto, sendo as contribuições do educador Paulo Freire (1996), um referencial teórico-metodológico comum entre as autoras e considerado de importância inquestionável no campo das reflexões político-pedagógicas necessárias ao processo educativo desenvolvido nas preceptorias em saúde, parece ser justamente a busca pela “coerência entre o que dizemos e o que fazemos”, tal qual esse autor sempre nos alerta como sendo uma das “exigências do ensinar” (FREIRE, 1996, p. 96), um dos fundamentos colocados em prática nesse tipo de experimentação e que já responderia, pelo menos parcialmente, sobre por que apostamos e investimos nesta modalidade mais “coletiva” de ensinar, aprender e trabalhar. É o que passamos a ter, concretamente, no cotidiano da preceptoria, enquanto “interdisciplinaridade na prática”, “produção compartilhada de conhecimentos”, por exemplo... Desde o plano de aulas, passando pela avaliação de processo e de resultados desta modalidade de ensino-aprendizagem instaurada via preceptoria, buscamos garantir um processo de trabalho participativo e dialógico-reflexivo permanente.⁵

³ Em três semestres consecutivos.

⁴ Vale mencionar que algumas dessas questões vêm sendo, há algum tempo, discutidas por outros autores, inclusive através de experiências no próprio TCS/UFF, como por exemplo: Saippa-Oliveira, Koifman e Pontes (2005); Saippa-Oliveira e Koifman (2004).

⁵ Apesar de a preceptoria em dupla não ser exatamente uma novidade na disciplina, entendemos que a rotina de trabalho instituída, onde, entre outras particularidades, temos que os campos ou atividades não são repartidos segundo conteúdos específicos de domínio de cada preceptora, mas compartilhados; as reuniões semanais são, na medida do possível, garantidas, uma vez que são entendidas como importantes espaços de reflexão, fortalecimento e reconhecimento do trabalho frente aos desafios da preceptoria, do campo temático “mobilizador” a que nos dedicamos (“violências”) e do atual contexto de trabalho na docência universitária, impregnado pela lógica do produtivismo, que nem sempre nos possibilita espaços de reflexão sobre nossas práticas.

Outro ponto de encontro e/ou de partida para que nossa proposta de preceptoria ganhasse expressão foi orientado por constatações, em nossas diferentes trajetórias, sobre os limites da formação em saúde baseada no modelo biomédico e do processo de trabalho centrado na figura do médico para que o cuidado em saúde ganhasse em qualidade e resolutividade. Neste sentido, e não só por ele, também nos identificamos e nos motivamos a seguir juntas pela prazerosa tarefa de nos reconhecemos no esforço permanente de sermos, para além de professoras e preceptoras com nossas formações técnicas/profissionais específicas, educadoras “que buscam produzir sujeitos críticos reflexivos e questionadores em resposta às necessidades sociais de saúde” (RIBEIRO; CUNHA, 2010, p. 61). Apostamos em uma formação que se apoia nos saberes da Saúde Coletiva e que reconhece o fenômeno das “violências” como um problema de saúde e, portanto, também o importante e estratégico papel dos profissionais e equipes de saúde, na identificação, acolhimento (que inclui a notificação, mas não se resume a ela) e encaminhamento dos casos, em consonância com linhas de cuidado normatizadas e/ou recomendadas (BRASIL, 2012; 2010; 2002).

Foi assim que esta modalidade de trabalho-ensino em saúde, em regime de colaboração e cooperação, através de uma preceptoria em “parceria”, passou a integrar o “TCS 1”, buscando conciliar e produzir conhecimentos sobre processos de “Atenção Integral a Pessoas em Situação de Violência” e ao mesmo tempo, em seu contraponto, operando diretamente no âmbito do ensino em saúde, sobre a problematização de alguns princípios e diretrizes da “Humanização em Saúde e do SUS” (CLARKSON; RAMOS; FRANCO, 2010; BRASIL, 2008; 2004).

Vale registrar que o grande tema das “violências” emergiu como campo de práticas do TCS 1, originalmente, por sugestão e interesse de uma das autoras, que vinha aprofundando o conhecimento sobre temáticas afins em estudos de revisão, pesquisas e intervenções baseadas na estratégia metodológica da pesquisa-ação, junto a serviços e equipes de saúde, especialmente no que se refere às violências domésticas e sexuais baseadas em gênero (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2011; 2005).

Já em estudo de revisão sobre o ensino em saúde e a educação médica relativo ao tema da Violência entre Parceiros Íntimos (VPI), a autora em questão recomendava que a problematização de tal situação nos processos de formação em saúde, enquanto reconhecido como fenômeno social complexo e que traz agravos à saúde, necessitaria de “processos de ensino-aprendizagem que valorizem saberes e experiências dos educandos e garantam espaços coletivos de discussão” (DANTAS-BERGER, 2011, p. 526). Entre as estratégias de qualificação da atenção em saúde para o acolhimento dos casos de violência, orientadas pela integralidade e intersectorialidade das ações, “o reconhecimento e a incorporação de saberes e práticas de atores situados fora do âmbito ‘acadêmico-científico’ de produção de conhecimento e formação em saúde” (p. 532) foram também destacados no estudo.

Algumas dessas recomendações e estratégias de educação na saúde, baseadas na trajetória singular e plural da autora, passaram então, a partir de um processo crítico-reflexivo discutido e compartilhado, a ser coletivizadas e a orientar nossa proposta programática inicial de preceptoria no ensino em saúde para alunos de graduação em Medicina, via disciplina TCS 1B.

Uma espécie de convite que passou a ser dirigido aos atores envolvidos neste cenário de formação em saúde, no sentido de se conectarem às experiências de outros profissionais e usuários dos serviços e estudos já realizados (tanto pessoas que viveram ou vivem as práticas do ensino, pesquisa e/ou atenção em saúde como aquelas que vivenciam ou vivenciaram situações de violência), numa conexão transdisciplinar tal qual vemos no trabalho de Campos (2003). Tal “conexão” que, em última instância, diz da vivência de cada profissional e pessoa numa certa experimentação desta realidade, veio nos convocar a juntos problematizar o impacto da violência na área da saúde, na saúde dos cidadãos e no sistema de saúde, saindo um pouco da lógica tradicionalmente aceita de a violência ser tratada prioritariamente pela segurança pública, ou ainda, ser banalizada, negligenciada ou reduzida a aspectos biomédicos da assistência em saúde.

O exemplo de uma “mulher com dedo quebrado” que poderia chegar à emergência em saúde por duas situações diferentes – uma queda acidental ou como consequência de uma violência perpetrada pelo parceiro íntimo – tornou-se emblemático desta possível redução do problema aos aspectos biomédicos nas rodas de conversa realizadas com os alunos: a imobilização do dedo afetado seria um procedimento comum para ambas, embora suas causas e consequentes propostas de acolhimento deveriam se diferenciar.

Assim, o que passamos a buscar neste projeto de ensino ampliado, foi a construção do processo educativo enquanto um dispositivo que pudesse promover encontros, problematizações e produzir alguma inovação acerca da questão da atenção integral a pessoas em situação de violência nas práticas em saúde, junto a alunos, preceptores, profissionais, usuários, movimentos sociais e gestores públicos nelas implicados. Conforme nos sinaliza Cerqueira (2011, p. 72):

Afirmar que a preceptoria deve funcionar como dispositivo significa dizer que o efeito desse trabalho cotidiano com os estudantes deve ser o de produzir a reflexão na ação. Isto é, necessita provocar no estudante sempre um novo pensar e um olhar inovador sobre o campo ou a situação a ser estudada, tomada como objeto de análise.

Foram algumas marcas dessa experiência que desenvolvemos na disciplina TCS 1 que, repercutindo ainda neste tempo, nos fizeram ter o desejo de escrever este texto. Nossa proposta na sequência do capítulo será contextualizar os cenários e processos de ensino-aprendizagem da preceptoria, enquanto referida ao ensino em saúde para futuros médicos, e discutir alguns resultados iniciais já observados.

A preceptoria no ensino em saúde e no “TCS 1B Violências” no curso de Medicina da UFF: algumas particularidades

Há algumas particularidades importantes no nosso trabalho de preceptoria, ligadas tanto às especificidades da disciplina quanto ao campo temático das violências e que valem aqui ser brevemente comentadas, principalmente por conta da diversificação de cenários de

aprendizagem delas decorrentes, e do que se considera como uma natural “tensão constitutiva do ser preceptor” nestes cenários, “que varia com os múltiplos tipos de arranjos, de equipamentos e com as profissões” (FEUERWERKER, 2011, p. 31).

No caso do TCS 1, entre tais especificidades destacamos que, além de não sermos todos preceptores “médicas/médicos”, não “estamos organicamente inseridos no processo de trabalho em saúde como é comum entre preceptores dos diferentes internatos” (FEUERWERKER, 2011, p. 30). Também não temos todas uma inserção de algum modo mais constante nos cenários de práticas, como seria o caso dos preceptores que atuam na atenção básica, algo previsto no Trabalho de Campo Supervisionado 2 na UFF. Quem somos, onde estamos e como estamos desenvolvendo nossos processos de ensino aprendizagem, então?

Compomos uma equipe multidisciplinar de preceptoras no TCS 1A e TCS 1B,⁶ que enquanto docentes e técnicas, compartilham a área da Saúde Coletiva em suas formações. Entre as categorias profissionais temos, por exemplo, médicas, nutricionistas, psicólogas, pedagoga, terapeuta ocupacional, cientista social, entre outras. Ou seja, temos trajetórias diversas, bem como diferentes olhares e práticas de ensino-aprendizagem, mas que devem ser focalizados em objetivos e eixos programáticos únicos da disciplina, ainda que gozando de certa autonomia e buscando a originalidade em nossos processos de produção do conhecimento, uma vez que eles são sempre construídos e (re)construídos com cada novo grupo de alunos.

Entre os cenários de práticas do TCS 1B, todos orientados pelo eixo da “integralidade em saúde” (MATOS, 2009; 2004; 2001), alguns estão mais associados aos processos de trabalho e práticas do setor da saúde (como hospitais), enquanto outros, como no caso das violências, além da saúde, incluem os processos de setores diversos, como da educação, da assistência social, da justiça, da segurança pública, etc.

Para alguns campos temáticos, os alunos, após um momento de leitura de textos e apreensão de conceituações comuns à disciplina, bem como

⁶ No momento atual, somos mesmo todas do sexo feminino. O que isto poderia estar nos informando?

de sensibilização em conteúdos específicos do campo, são, na maior parte do tempo, inseridos quase que em cenário único (por exemplo, em um hospital psiquiátrico, uma escola ou um ambulatório de referência em saúde). Em outros, temos maior circulação entre cenários, campos de práticas e/ou processos de trabalho, de acordo com os temas, programas e eixos propostos.

No caso do campo “Atenção Integral a Pessoas em Situação de Violência”, iniciamos o processo de mobilização individual e coletiva do grupo sobre o campo temático, através de dinâmicas vivenciadas em sala de aula para refletirmos sobre como a violência, um tema “sensível” e “sensibilizador”, que mobiliza vivências, mitos e preconceitos (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA; COUTO, 2009), nos afeta no cotidiano de nossas vidas.⁷ Produzimos assim um primeiro momento tanto de inclusão dos alunos enquanto sujeitos do processo-ensino aprendizagem como nosso (do docente-preceptor) de reflexão sobre que caminhos seguir com aqueles alunos que estão iniciando a disciplina – momento de diagnóstico e ajuste metodológico para atingirmos os objetivos da preceptoria. Assim, construímos com os alunos uma relação de confiança sempre na conversação e negociação – que é também a forma como entendemos que seja nosso trabalho de campo com nossos aliados nessa construção do conhecimento.

Na sequência, necessariamente, propomos como campo de prática estratégico um cenário inicial ao mesmo tempo único e múltiplo – ou melhor dizendo, interdisciplinar e intersetorial, envolvendo gestão e atenção em seus diferentes fluxos (visíveis e invisíveis) e níveis de complexidade, promovendo assim um contato com diferentes saberes, profissões e situações de vida e trabalho. Através do compartilhamento das experiências das pessoas que participam de equipes, serviços ou programas das redes de enfrentamento e/ou assistência às violências, violações de direitos e discriminações destinados a público-alvo diversificado

⁷ Como aquecimento temático, temos proposto um exercício em duplas: “O que você entende e o que eu entendo por violência?” (Como os alunos são afetados pela violência? Que violências identificam, conhecem, vivem ou viveram, por exemplo).

(crianças, adolescentes, mulheres, idosos, famílias, autores de agressão, população LGBT, entre outros), muitos previstos em políticas públicas e normatizações diversas, vivenciamos ou entramos em contato com uma realidade, na maior parte das vezes, ainda bastante desconhecida pelos alunos e profissionais de saúde.

Como corroborado em diversos estudos (KOIFMAN; MENEZES; BOHRER, 2012; VICENTE; VIEIRA, 2009), tais realidades, ainda pouco conhecidas pelos diferentes atores que participam da atenção e do ensino em saúde, se referem tanto aos aspectos epidemiológicos da prevalência e incidência da violência e seus sistemas de informação, como aqueles mais conceituais e sócio-históricos sobre o problema, os agravos e necessidades em saúde dele decorrentes e, principalmente, sobre as tecnologias relacionais necessárias ao acolhimento e políticas e equipamentos públicos hoje previstos e/ou disponíveis para uma abordagem integral e integrada em redes de enfrentamento e assistência para pessoas, grupos e famílias em situação de violação dos direitos, violências e/ou discriminação.

Temos contactado e buscado conhecer com os alunos, entre outros componentes dessas redes: as coordenarias políticas e/ou programáticas e os serviços de proteção e/ou especializados da assistência social e da saúde para atendimento às mulheres, adolescentes e crianças em situação de violência e/ou exclusão social (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Famílias e População LGBT, serviços de saúde para “vítimas” de violência sexual e população de rua, por exemplo); operadores do direito e órgãos especializados da justiça, como os Juizados da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, incluindo a experiência da equipe técnica nos grupos de reflexão com parceiros(as) autores da agressão.

Assim, tal momento inicial de conhecimento aprofundado das redes de violência, acrescido das observações, experiências e novas demandas dos alunos frente a tal realidade, em geral resultam em um diagnóstico situacional que nos informa o quanto a saúde, naquele momento sócio-histórico e político local, regional, nacional e/ou internacional estaria inserida ou não, preparada ou não (e como), nas ações de prevenção e acolhimento dos casos de violência e promoção da cultura de paz. É

como se, ao conhecermos o trabalho dos outros setores e alguns poucos programas e serviços de saúde que desenvolvem ações pontuais de atenção às violências, enxergássemos tanto os “nós” e falhas desta rede como e, em especial, a ausência de ações de *atenção integral à saúde* junto às pessoas e famílias atendidas, em especial aquelas em situações de violência. E assim, implicamos alunos na reflexão mais pontual: *por que a violência é um problema de e para a saúde? Qual tem sido e qual poderia ser o papel das equipes de saúde e do médico neste cenário? Que sentidos da “integralidade em saúde” queremos, e podemos problematizar diante de tais cenários e práticas?*

Ou seja, concomitantemente, ao identificarmos as demandas para o trabalho do setor e dos vários profissionais de saúde nesta rede intersetorial, vislumbramos aquelas mais específicas para serem operadas pelas equipes multiprofissionais de saúde e pelos médicos. Em cenário de ensino-aprendizagem simultâneo buscamos, assim, a partir de tal demanda situada na análise crítica da realidade com os alunos, dialogando com conteúdos teórico-práticos das demais disciplinas cursadas, bem como investigando a realidade da atenção às violências no próprio Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF), ir construindo, paulatinamente, uma proposta coletiva e singular de atenção integral em saúde para pessoas em situação de violência, lançando mão de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Deste modo, temos trabalhado tanto em cenários reais como hipotéticos do processo de trabalho e do cuidado em saúde (como a dramatização de consultas e aconselhamentos, o levantamento e a experimentação de trajetórias e itinerários terapêuticos, a discussão de casos, a análise crítica de rotinas e protocolos em saúde e do trabalho em equipe, por exemplo). Através de algumas leituras e muitas reflexões sobre experiências de cada um e do grupo; inclusive a partir de cenas ficcionais e documentais dos diversos vídeos exibidos e discutidos em sala de aula, trabalhamos, por exemplo, a desconstrução de mitos e preconceitos associados ao tema. Afinal, como nos lembra Rego (2011, p. 43), ao discutir o papel do preceptor na formação moral e ética dos

alunos, “não é a experiência que transforma, mas sim, exatamente, a reflexão sobre essa experiência”.

Resumindo, temos inserções pontuais nos mais diversos cotidianos de trabalho, alguns na saúde, outros fora dela. Vemos outros processos de trabalho e interagimos com suas possibilidades, inclusive enquanto sujeitos de processos de educação permanente em saúde. Mas temos que pensar também em como tais experiências contribuem para o processo de trabalho do médico – afinal, trata-se de uma preceptoría em saúde situada no campo da educação médica... Experiência que nos desafia a problematizar as lógicas do “examinar, evoluir, prescrever” e as rotinas da prática médica (ora centradas nos procedimentos, nas regularidades e/ou nas necessidades), no caminho de uma clínica ampliada que só pode ser construída com base em processos de educação que se baseiem na produção de alunos-sujeitos críticos e reflexivos.

Entendemos, como Ribeiro (2012), que ao contextualizarmos esta modalidade de preceptoría na educação médica também enquanto processo de educação permanente em saúde, precisaremos sempre problematizar os objetivos deste processo coletivo de ensino:

A preceptoría está voltada para o seguimento de normas previamente definidas ou para a reflexão crítica de planos de cuidado ajustados a cada caso singular? A discussão entre preceptores e alunos é fortemente orientada para o domínio do conhecimento científico subjacente às práticas ou também incorpora as dimensões da cultura e valores da instituição, do serviço e das pessoas manifestas nas ações de saúde desenvolvidas? (RIBEIRO, 2012, p. 79).

“Atenção integral a pessoas em situação de violência”: ecos da experiência no TCS 1

Até aqui, procuramos dar ao leitor algumas dimensões de nossa preceptoría no contexto global do ensino em saúde. Cabe agora, ao menos, situá-lo um pouco mais sobre atividades e resultados que nos vêm informando sobre pequenos avanços, limites e ecos da experiência. Fomos buscar nas atividades vivenciadas em campos diversos, registradas

em alguns relatos e/ou avaliações feitas no contexto da disciplina,⁸ um recorte desta complexa realidade das “Violências” e o entendimento das práticas de intervenção, sob a perspectiva de nossos alunos.

Vale já mencionar o que, de imediato, observamos como efeito não exatamente “mensurável” de nossa prática, mas que estaria operando/ intervindo sobre um indicador qualitativo importante para quem atua ou lida com a temática: dar visibilidade às diversas preocupações que temos e/ou situações difíceis ou “violentas” que vivemos todos e/ou e em especial, os alunos, em locais e contextos os mais diversos (em casa, no namoro, na família, na faculdade, entre amigos, na rua, etc.). Neste sentido, pudemos falar, ouvir e refletir sobre diversas realidades, inclusive sobre agressões atuais ou passadas, vividas por alguns de nós, nossos parentes, nossos amigos ou pela sociedade em geral, no ambiente acadêmico (como nos trotes), no ensino, no trabalho e no cuidado em saúde.⁹ Vale dizer que, justo no ambiente de ensino, embora a violência venha sendo reconhecida como significativa nas pesquisas, ela é negada e/ou banalizada por professores e alunos (REGO, 2011). Ou seja, em nossa experiência, o que em geral é velado, aos poucos acaba ganhando espaço de expressão e reflexão no decorrer da disciplina, passando a ser pautado e/ou reconhecido como tema de estudo prioritário na educação médica.

O recorte da realidade focada na violência nos tem feito pensar como ela é dinâmica, colocando em movimento e interligando as várias instituições públicas que mesmo com poucos recursos contam com pessoas implicadas na luta e no combate à violência. A nossa primeira turma do TCS 1B participou de um seminário pelo dia 18 de maio,¹⁰

⁸ Entre outras avaliações de processo e de resultados da disciplina, são previstos relatórios de campo (escritos) pelos alunos, rodas de conversa dos alunos com monitores e/ou preceptoras e um questionário final autopreenchido pelos alunos.

⁹ Iniciamos o TCS 1 em meio à turbulência das manifestações de junho de 2013 em nosso país, tema e experiência que atravessaram nossas reflexões. Na segunda turma, com a realização do Encontro Nacional de Estudantes de Medicina em Niterói, a partir do interesse dos alunos, investigamos o tema da violência no namoro e sua inserção na formação de alguns estudantes que vieram ao COBREM; e na terceira turma, nos deparamos com a radicalização dos conflitos resultantes da política de segurança pública na cidade, principalmente em algumas comunidades atendidas pelo Programa Médico de Família em Niterói, onde os alunos atuarão em seguida, via TCS 2.

¹⁰ Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.

promovido pela Rede Municipal de Atenção Integral às Crianças e Adolescentes de Niterói, no qual interagimos com membros de equipes técnicas dos Conselhos Tutelares, do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e do Núcleo de Atenção Especial à Criança e ao Adolescente da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (NAECA), entre outros. No debate, foram apontados e discutidos alguns dos obstáculos ao fluxo de atendimento, com destaque para a burocratização das ações e a pouca resolutividade dos casos. Apesar de impactante pelos enfrentamentos explicitados, a experiência foi um bom “recorte” de realidade sobre as articulações entre os diferentes setores responsáveis pelo atendimento dos casos, colocando em movimento um “pensar crítico-reflexivo” sobre a sociedade e a participação desta no combate à violência:

As falas se iniciaram mornas, mas ganharam ritmo com o passar do tempo, quando se deixou de lado as introduções e passou-se a focar realmente nos problemas cotidianos relacionados ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes em Niterói. Nas discussões entre os integrantes da equipe, destacaram-se [...] a importância da educação para uma solução de caráter mais definitivo em relação à violência [...] e da notificação. A educação seria importante [...] para mudar certos conceitos presentes no imaginário de algumas pessoas, como a de que a violência contra a criança poderia vir a ter um papel educativo. Problemas relacionados à notificação seriam de fundamental importância para a discussão porque é através da notificação que a violência é trazida à tona para a sociedade, deixando assim de ser invisível. (Aluno de 2º período de Medicina).

Apesar da tensão, ter subido em alguns momentos, acredito que a palestra foi positiva, visto que [...] não foi um confronto retrógrado, mas que buscava a mobilização e uma postura ativa, contribuindo assim para a defesa da causa da violência contra crianças e adolescentes e para nossa formação. (Aluno de 2º período de Medicina).

Outro cenário introduzido no nosso programa e que despertou grande interesse dos alunos deu-se em um dos Centros de Referência da Cidadania LGBT inserido no Programa Estadual “Rio sem Homofobia”. Visando combater a discriminação e a violência contra lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT) e promover a cidadania dessa população,

o local conta com uma equipe formada por psicólogo, assistente social e advogado. Entre os aspectos relevantes da experiência compartilhada entre tais profissionais e nosso grupo, ressaltam-se o contato com algumas especificidades, demandas e limites associados ao lidar com tal população:

[...] falta de cuidado por parte de profissionais da área da saúde [...], médicos que partem do pressuposto que lésbicas tem apenas um tipo de relação sexual; médicos não sensibilizados quanto a incômodos, dores e constrangimentos que um ultrassom transvaginal pode causar em lésbicas que nunca tiveram uma relação sexual com penetração; profissionais não preparados [...] a questões como hormonioterapia [...]; associação de gays ao HIV; feminilização da Aids; problemas com o nome social; dificuldades de processar alguém por preconceito [...]; interfaces entre preconceitos como racial e religioso; casos de “estupros corretivos” [...]; etc. (Aluna de 2º período de Medicina).

O campo foi, de uma maneira geral, muito interessante e construtivo para a nossa discussão. Seguimos um tema que realmente é ainda velado, porém recorrente na prática médica, por isso de extrema importância para nossa formação. A mensagem que fiquei do campo é a de que cada um escolhe a identidade e, que essa, é indiferente a sua orientação sexual. (Aluna de 2º período de Medicina).

Já em outros momentos, quando estivemos em um centro de referência para mulheres em situação de violência situado numa comunidade, duas situações exemplares puderam retratar o quanto a aproximação com tal realidade e, em especial, com as moradoras/usuárias e as estratégias de acolhimento proporcionadas em tal serviço, puderam colaborar na formação dos futuros profissionais. A primeira refere-se a uma oficina de palhaçaria oferecida como estratégia de suporte emocional e qualificação profissional para mulheres que viveram a violência perpetrada por seus parceiros, e que foi assim descrita por alguns alunos:

Na verdade [...] o que realmente elas estavam aprendendo era, não só a arte circense, mas uma nova forma de encarar a vida, de superar problemas, de enfrentar desafios e o crime que foi imposto a elas (violência doméstica). [...] Para colocar a menor máscara do mundo – o nariz de um palhaço – há de ter dedicação e coragem. Coragem para revelar o que mais escondemos perante a sociedade e, a partir desse nariz, muitas

vezes, gerar o riso e a alegria [...] A oficina é um curso eternamente introdutório, já que o palhaço é uma construção e desconstrução diária de nós mesmos[...]. (Aluno de 2º período de Medicina).

O campo foi uma experiência inesquecível para mim. Sempre tive um pouco de preconceito com atividades de caráter lúdico para recuperação [...]. A história de uma das mulheres me tocou: ela chegou na oficina olhando apenas para o chão, humilhada, e se recuperou. Hoje indicaria a oficina para uma mulher violentada, se fosse o caso. Saí mais leve [...]. (Aluno de 2º período de Medicina).

A segunda cena deste campo que vale ser comentada, vivenciada com outra turma de alunos, retrata uma roda de conversa com a equipe técnica e uma usuária, em que o atravessamento e reconhecimento de diferentes saberes-poderes se deram, produzindo uma horizontalização que nos remete a Paulo Freire (1996), quando nos lembra não haver saberes melhores, mas sim diferentes. Vejamos a autoavaliação de um aluno sobre tal situação:

[...] algo que me marcou muito foi a participação de uma frequentadora da casa na nossa roda de conversa. Seria o fato dela ter citado e comparado uma música famosa e marcante da MPB com uma letra (também famosa) de funk [...]? Seria o fato dela, além de ter feito isso, ela mencionar as implicações sociais para as mulheres, geradas por essas músicas (ambas subversivas e revolucionárias por quebrarem o patriarcalismo vigente)? Ou seria pelo fato de ela, ao fazer isso tudo, nos mostrar que tivemos um preconceito (nem que seja muito disfarçado de receio) antes de ouvir seu surpreendente discurso? Para muitos de nosso grupo, tudo isso foi marcante [...], mas para mim, o que foi marcante foi o fato de ela (pessoa física) estar lá conosco e participando (tendo postura ativa). Isso foi fundamental para mim, tendo em vista que se não fosse por ela, eu não teria confirmação prática nenhuma do funcionamento desse local. (Aluno de 2º período de Medicina).

Achei fantástico. Não pela participação enriquecedora da mesma, mas pela cultura que aquela moça carregava consigo; esse fato me serviu para quebrar ainda mais os estereótipos socialmente moldados, e que talvez eu tenha carregado comigo. Era uma moça da comunidade sim, mas que entendia mais de música e literatura que muitas pessoas. (Aluno de 2º período de Medicina).

No próprio HUAP/UFF, no âmbito dos programas que atendem a crianças e mulheres em situação de violência sexual, temos tido um processo de ensino-aprendizagem diferenciado no que se refere ao conhecimento das “rotas críticas” (MENEGBEL et al., 2011) percorridas por algumas pessoas que buscam o serviço, bem como sobre aspectos necessários ao acolhimento em saúde, conforme vemos nos depoimentos de alguns estudantes:

A visita deixou-nos com algumas dúvidas sobre o nível de articulação entre os diversos tipos de atendimento à pessoa em situação de violência[...]. Deixa a impressão, de que há grupos que se envolvem com a questão e que por isso são referenciados quando alguém procura saber sobre o assunto, mas falta a sistematização. É interessante que mesmo com toda essa dificuldade chegam pacientes para receber atendimento, a questão é o quão insistentes essas pessoas têm de ser para encontrar o atendimento e passar por suas diversas fases, profissionais e localizações dentro do hospital, lembrando que a pessoa já se encontra em uma situação difícil de enfrentar. (Alunos de 2º período de Medicina).

Primeiramente, ela [profissional de saúde] nos perguntou se sabíamos o que é acolhimento, nos passou o conceito [...]. Ela nos provocou quanto essa humanização do atendimento. Insistiu em nos questionar em qual o papel do médico nesse atendimento, em como a paciente deveria ser recebida. Ela seguiu: “as mulheres chegam aqui olhando para baixo...em silêncio... você vai simplesmente chegar, prescrever os medicamentos e dizer para ela tomar? Essa mulher não vai tomar os remédios. Então, como você vai recebê-la?”. [...] ela logo propôs que fizéssemos uma encenação [...] Por puro acaso, ou talvez não, ela não hesitou em me escolher para interpretar o papel do médico [...]. [citando intervenção da técnica] “Nós devemos olhar nossos pacientes olho no olho. Você aí de pé e ela sentada é uma relação de superioridade, faz ela ficar ainda mais retraída e desconfortável.” “A primeira coisa que nós fazemos é nos apresentarmos. E chamar a paciente pelo nome é muito importante para construir uma relação empática com ela”. [...] *Foi apenas uma pequena aula, mas que conteve uma das maiores lições que já tive na vida.* [...]. (Aluno de 2º período de Medicina).

Enfim, teríamos outros momentos e resultados pontuais a serem destacados aqui, mas entendemos que tal detalhamento fugiria ao que

nos propomos no capítulo (de não discutirmos exatamente nosso campo temático, mas sua construção). Talvez seus limites e potencialidades possam ser pelo menos sinalizados no que os alunos têm escrito em suas avaliações finais (anônimas) sobre como a disciplina contribuiu para a sua formação:

O entendimento de uma temática pouco abordada no ensino médico e própria vida social. A quebra de conceitos do senso comum sobre os papéis de gênero, o entendimento das bases do ato violento e o fluxo proposto pelo SUS e pelo SUAS. [...] Aprendi as possibilidades de atuação nas diversas situações de violência. Utilizar a Rede existente, quais são os encaminhamentos adequados e os espaços alternativos [...] Além disso, o cuidado nos atendimentos, estando mais atentos para os casos de violência.

A ideia de que a “vítima” pode vir a superar esse “estado” [...].

Nos torna mais críticos e atentos para as demandas de cada indivíduo, desconstruindo a atenção puramente biomédica.

Notas finais

A experiência de estudarmos o tema das violências no momento atual de tantos conflitos sociais possibilitou algumas novas experimentações, para além do projeto de ensino. Sofreu no seu desenvolvimento o desdobramento para uma pesquisa, aprofundando ainda mais o enfoque dado, da intersectorialidade e da integralidade, em que tentamos entender como o campo da saúde se envolve no atendimento às pessoas em situação de violência, através dos fluxos possíveis de identificação, acolhimento, notificação e encaminhamento dos casos, contribuindo para a inclusão também da área da saúde na estrutura dessa rede, abrangente em sua complexidade.

Entendemos que tal pesquisa, vinculada ao projeto de ensino da disciplina, torna o estudante de Medicina partícipe ativo do processo de construção, tanto da disciplina quanto da pesquisa, na extensão. A metodologia compreendida em sua construção coletiva de conhecimento permite a inclusão dos atores sociais considerados aqui – tanto os alunos quanto as pessoas em situação de violência, além dos profissionais

e professores envolvidos – protagonistas e autores desta pesquisa-intervenção em saúde.

Neste caminho é que temos considerado ser nossa preceptoria uma proposta de “ensino ampliado” que, pouco a pouco, vem colaborando para um olhar integral da e na saúde sobre as violências, especial e principalmente pela autonomia que, acreditamos, esses “alunos-acadêmicos” demonstram passar a ter, no sentido de um “agir” individual e coletivo em saúde frente às violências.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Política Nacional de Humanização. *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, n. 96, seção 1e, de 18/5/01. Brasília, 2002.

CAMPOS, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In:_____. (Org.). *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CERQUEIRA, P. A formação pedagógica de preceptores dos estudantes da área de saúde: uma conversa em três tempos. In: BRANT RIBEIRO, V.M. (Org.). *Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde*. Juiz de Fora: Ed.UFJF, 2011, p.67-75.

CLARKSON, E.; RAMOS, V. C.; FRANCO, T.B. Cartografia dos diferentes sentidos do conceito de *Humanização* presentes nos discursos dos gestores do HUAP-UFF - e seus diversos efeitos nas suas práticas de saúde. In: FRANCO, T.B.; RAMOS, V.C (Orgs.). *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 149-175.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K.M. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 15, n. 37, p. 391-405, 2011.

_____. Violência nas relações de conjugalidade: Invisibilidade e Banalização da Violência Sexual? *Cad. Saude Publica*, v. 21, p. 417-425, 2005.

DANTAS-BERGER, S.M. Violência entre parceiros íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. *Rev Bras Educ Med.*; v. 35, n. 4, p. 526, 2011.

FEUERWERKER, L.C.M. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: BRANT-RIBEIRO, V.M. *Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde*. In: BRANT-RIBEIRO, V.M. (Org.). *Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde*. Juiz de Fora: Ed.UFJF, 2011, p. 29-36.

FEUERWERKER, L.C.M.; KALIL, M.A; BADUY, R.J. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem - as lições aprendidas pela Rede UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 49-62, dez. 2000.

FREIRE P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

KOIFMAN, L.; MENEZES, R.M.; BOHRER, K.B. Abordagem do tema “Violência contra a criança” no Curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 2, p. 172-179, 2012.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.

_____. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, V. 20, N. 5, p. 1411-1416, set-out. 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 43-68.

MENEGHEL, S.N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr. 2011.

REGO, S. As identidades do preceptor: seu papel na formação moral e ética. In: BRANT-RIBEIRO, V.M. (Org.). *Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde*. Juiz de Fora: Ed.UFJF, 2011, p. 37-45.

RIBEIRO EC.de O. Exercício da preceptoría: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 77-81, 2012.

_____. Educação Permanente em Saúde. In: MARTINS J.J.N. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004.p. 285-303.

RIBEIRO, M.L.; CUNHA, M.I. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 14, n. 32, p. 55-68, jan.-mar. 2010.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PONTES, A.L. Agendas públicas para as reformas e sua releitura no cotidiano das práticas da formação: o caso da disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 129-146.

SAIPPA-OLIVEIRA, G; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de Medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. Pp 143-164. In: MARINS, J.J.N. et al. *Educação médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec-ABEM, 2004.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saude Publica*, v. 25, supl.2, p. 205-16, 2009.

VICENTE, L. de M.; VIEIRA, E.M. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. *Rev Bras Educ Med.*, v. 33, n. 1, p. 63-71, 2009.

“Professora, cadê seu jaleco?”: relato de experiências sobre o encontro das Ciências Sociais com a Medicina

Ivia Maksud¹

Escrever um relato de experiência sobre a atuação numa disciplina não é tarefa fácil – implica falar de si, de trajetória, biografia, escolhas, ideologias, dilemas, impasses e alegrias, além do fato de tentar conjugar, minimamente, a explicitação desses sentimentos com o programa/ conteúdos trabalhados em sala de aula.

A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado tem uma longa história no currículo do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense.² O conjunto de docentes que atua na disciplina tem formações (em nível de graduação) diferentes, e o que os aproxima é a formação, em nível de mestrado e/ou doutorado, em Saúde Coletiva ou Saúde Pública, considerando ainda que tais áreas também agregam diferentes perspectivas e saberes. Cheguei há cinco anos, formada e construída cientista social, habilitada para o ensino e a pesquisa na área da saúde em nível de mestrado e doutorado na área da Saúde Coletiva (Medicina Social). Buscando a interface entre as ciências sociais e as ciências da saúde, fui integrada e me integrei à equipe de professores que levava a cabo a disciplina. Isso fazia de mim uma “preceptora”?

Uma série de autores da Saúde Coletiva têm se debruçado sobre os significados, habilidades e competências para a formação de “preceptores”.

¹ Cientista Social, Doutora em Saúde Coletiva; professora adjunta III, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense.

² Consultar, por exemplo: Saippa-Oliveira, Marins e Koifman (2004); Nogueira (2011); Ribeiro et al. (2013).

Uma publicação recente reuniu artigos sobre a temática (BRANT, 2011). Os artigos constantes dessa publicação discutem a articulação entre assistência, ensino e orientação, sobretudo a partir da inserção de alunos (de graduação, inclusive) na rede de saúde, considerando também o preceptor que ensina graduandos na área da saúde.

Monteiro, Leher e Brant (2011) discutem a formação pedagógica de *preceptores do internato médico*. Seriam profissionais de saúde que prestam assistência aos usuários de saúde e deveriam estar atentos às oportunidades educativas que a assistência oferece. Feuerwerker (2011) ressalta que, dependendo da profissão e do cenário da aprendizagem, há diversas possibilidades de vinculação do preceptor. Mas em geral, “no hospital e na medicina”, “estudantes, residentes e preceptores estão organicamente inseridos na lógica da organização da atenção” (p. 30). Com a diversificação dos cenários de aprendizagem, desde o início do curso, como ressalta a autora, o professor vai junto com o estudante para a unidade básica.³ Em outros casos, é o profissional de saúde quem cumpre este papel, ensinando, acompanhando, orientando e atendendo.

Botti e Rego (2007, p. 370) destacam que o profissional que auxilia na formação dos profissionais de saúde vem recebendo diversas denominações – preceptor, supervisor, tutor e mentor –, mas que mesmo em documentos oficiais não estão suficientemente claras as funções e atividades desses papéis. Sua sugestão é que “o preceptor é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica”.

Na produção deste relato pessoal, a recorrência aos textos acima me fez pensar como, de fato, a figura/identidade de preceptor se articula à disciplina de TCS 1 que é ofertada atualmente para os primeiros e segundo períodos, para o curso de Medicina da UFF. Considero que nos primeiros períodos não fazemos preceptoria de alunos. Não temos objetivo de clinicar, não somos profissionais de saúde ensinando a fazer,

³ Situação mais próxima ao Trabalho de Campo Supervisionado II da UFF.

e não estamos inseridos na rede de saúde numa acertada cooperação de atenção, formação e ensino. Mas nosso papel, que não é mais ou menos nobre do que este, é deveras importante: promover reflexão sobre a (futura) prática médica a partir das diversas lógicas culturais, e analisar, conjuntamente com os estudantes, temas centrais da atenção à saúde, a partir de uma bem-vinda jornada introdutória à organização dos serviços, à narrativa sobre saúde e doença daqueles que num dado momento se convertem em pacientes, e às políticas públicas de saúde. É a partir desse lugar que situo, portanto, minha escrita.

Uma professora de Ciências Sociais num curso de Medicina: encontros e desencontros

Em Ciências Sociais, trabalho de campo é a pedra de toque do fazer antropológico. Em linhas bem gerais, significa que o pesquisador, através de seu olhar e escuta treinados, esforçar-se-á para compreender a cultura de determinados cenários, espaços, grupos sociais, suas crenças, subjetividades, imaginário e relações (MALINOWSKI, 1990; CARDOSO DE OLIVEIRA, 1998; BECKER, 1997, GIUMBELLI, 2002).

Há uma lista considerável de pesquisas na área da saúde apoiadas nos referenciais teórico-metodológicos das Ciências Sociais, dirigidas a atores em hospitais, grupos, etc. Dentre as tarefas do sociólogo está compreender, refletir, problematizar, desconstruir, relativizar. E, talvez, esse exercício analítico possa ser das mais sinceras contribuições deste perfil à área da saúde que costuma ser dominada pelo pragmatismo, objetividade e via de regra normatividade – claro que necessárias aos ambientes/propostas de intervenção mas que, se aplicadas em demasia podem obstaculizar as próprias metas que se desejam alcançar. Mas o que seria o Trabalho de Campo “Supervisionado” como disciplina para estudantes do curso de Medicina?

Ao longo destes cinco anos, atuei como professora do primeiro e do segundo períodos. No primeiro, trabalhei temas como saúde, redes sociais, mobilização popular e doenças negligenciadas. No segundo,

estive com o tema “Saúde da Mulher.⁴ Testei ao longo dos meus cinco anos várias formas e modelos, e, nos últimos semestres, tenho aderido a uma construção coletiva do programa com os alunos, deixando alguma estrutura mais geral e alguns temas mais fixos, e complementando os temas a partir das sugestões, interesses e demandas dos discentes.

Começo meus cursos com uma aula de apresentação, utilizando as três horas em sala para este conhecimento inicial. Pergunto – e anoto (afinal, um cientista social também está sempre fazendo trabalho de campo) – o que motivou aqueles meninos e meninas a buscarem o curso de Medicina. Pergunto idade (como são jovens!), de onde vêm e o que gostam de fazer, para além de estudar. Esta primeira conversa revela-nos – para mim e para os colegas – um panorama da diversidade de pertencimento social, das já diferentes formas de encarar, sentir e pensar a medicina, da força da família e muitas vezes das instituições religiosas – ou de sua ausência, dos mecanismos de escape do controle das normas educacionais, do espaço do lazer como constituidor de sociabilidade. Essa primeira conversa se mostra extremamente relevante e auxilia o entendimento das opiniões que os alunos expressam ao longo da disciplina.

Costumo dizer aos alunos: “cada grupo é um grupo”, com o propósito de sublinhar a singularidade que pode ser construída coletivamente. Funcionamos em alguma medida como uma “equipe”, à medida que estamos juntos duas vezes por semana, em sala ou em campo, compartilhando opiniões, ideias e, por que não, sentimentos. Talvez o que falte a alguns alunos é perceber a contribuição que esta

⁴ Para atuar nesta disciplina, é fundamental construir parcerias com profissionais de saúde. Essas parcerias, em geral, ficam a critério da expertise e redes profissionais e afetivas dos professores e são parte constitutiva do motor que impulsiona o bom funcionamento do curso. Agradeço aos vários parceiros institucionais e profissionais que nos receberam ao longo dos anos: Arthur, Luisa e Celinho (Morhan), às ex-colônias de Curupaiti e Itaborai, Maria Cristina Alvim Castelo Branco (KIKI), Roberto Pereira, Ritinha, Juan Carlos Raxach (ABIA), Nilo Fernandes (IPEC), Juçara Árabe (IPEC), Ana Barros (HUAP), Santinha (INCA), Monica Assis (INCA), Ruth Helena Britto, Sergio Arino (Policlínica Sergio Arouca), Laura Murray, Indianara Siqueira, Sandrinha, Thereza Cypreste (FMS-Niterói), Patricia Salles (HMFm), Lourdes Gomes (HMFm), Patricia Rios e Beto Carmona (Pela Vidda Niterói), Mara Moreira (Pela Vidda Rio), Dr. Walter (Ary Parreiras), Gabriela Costa Chaves (DNDI), Carolína Batista e Lucia Brum (Médicos Sem Fronteiras). O transporte para as visitas a campo algumas vezes é fornecido pela universidade, mas muitas vezes os custos de transporte são arcados pelos próprios alunos e professores.

passagem pode exercer na trajetória docente. Desenvolver habilidades orais e escritas, apropriar-se de um espaço de reflexão crítica. Talvez o que falte a alguns de nós, professores, seja compreender como a força que investimos em uma preparação de aula pode ajudar a escolha dos rumos profissionais daquele aluno que está à nossa frente, muitas vezes cansado e sobrecarregado por noites mal dormidas visando estudar para um cardápio amplo de disciplinas de uma faculdade de horário integral.

Em 2009, a experiência com a primeira turma foi emblemática. Pedi aos alunos que realizassem um vídeo etnográfico. Ao buscarem um instituto de arte e comunicação da universidade para realizar sua atividade, foram questionados por um estudante de Cinema surpresa: *por que estudantes de Medicina querem fazer um vídeo etnográfico?*⁵ Essa experiência é modelar e nos sugere a existência de um incômodo, tensão ou pelo menos a existência de arenas simbólicas demarcadas culturalmente como distantes. Mais à frente, com outra turma pude perceber novamente os estereótipos das fronteiras disciplinares: percorríamos, em visita, uma maternidade pública para conhecer suas dependências. Uma das profissionais de saúde, que nos guiava, fala aos alunos: *atenção, todos de jaleco*. Um aluno vira-se para mim e, jocosamente, me pergunta: *professora, cadê o seu jaleco?* Após sorrisos, e diante da minha não resposta, a profissional de saúde retruca: *a professora é a única que não precisa de jaleco*. Numa terceira turma, uma (ótima) aluna, entre sorrisos, me alertara/suplicara: *professora, não precisa passar tanta coisa para ler, não fazemos ciências sociais*.

Eu diria que esses são apenas três exemplos de vários acontecimentos que atestam uma “desconfiança mútua” entre as ciências sociais e as ciências da saúde. Nesses anos de docência para a Medicina, pude observar alguns aspectos que são marcantes na formação dos alunos, estudadas por Becker e sua equipe em seu *Boys in White*, algumas sequer percebidas ou estranhadas pelos próprios estudantes. Bastante comum é ouvi-los conversar livremente entre si, em alto som, enquanto aguardamos todos chegarem para o início das aulas. Nestas oportunidades, eles falam das

⁵ “As pontas de um laço” foi o nome atribuído pelos alunos ao trabalho. Tratava-se de um grupo do primeiro período, cuja temática era saúde e mobilização popular.

noites mal dormidas para estudar para uma quantidade enorme de aulas e provas num curso de Medicina, de professores que não dão aulas, de práticas de avaliação consideradas pouco pedagógicas e outros temas presentes na vida de um formando.

Mas nós, cientistas sociais e da área de Humanas em Saúde Coletiva, tão acostumados a tematizar sobre a relação médico-paciente, pouco fazemos sobre a relação aluno-professor! E a atuação numa disciplina dinâmica como a de TCS, que se constrói e reconstrói a cada semestre, traz muitas possibilidades de reflexão sociológica: a cada semestre uma nova e diferente disciplina, de fato, fora dada. Desta forma, ela sempre esteve sob permanente reformulação.

Tentei aprender com os alunos o melhor tom a ser dado. Meus primeiros grupos me ensinaram que não devia passar mais trabalhos escritos do que eles poderiam dar conta, era necessário portanto escolher muito bem os artigos “certos” para cada grupo, textos e campos estratégicos, e compor com filmes, campos e debates que lhes despertasse interesse real. Isto coloca em evidência, por um lado, a habilidade de professor e, por outro, a pouca literatura da Saúde Coletiva voltada para a graduação. Para muitos alunos, os textos que utilizamos são considerados herméticos, grandes, e para alguns, infelizmente, até enfadonhos. Com exceções, utilizamos com alunos textos em nível de mestrado – fazendo-se oportuna e necessária a publicação de mais textos voltados para a graduação, em linguagem acessível e interessante, que lhes permita entender e interagir com as questões importantes e necessárias à sua formação.

Perfis possíveis de estudantes: dois lados da moeda

Os alunos que se esforçaram para entrar num dos cursos mais concorridos da universidade vêm, em sua maioria, de famílias consideradas elites em suas regiões. Esse quadro se alterou discretamente com o ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio) e percebemos agora uma diversidade regional dos alunos em sala, ao mesmo tempo que ocorre também evasão, pois, ao serem chamados para outros lugares mais próximos a suas casas, tendem a deixar a UFF. Esta diversidade regional

sempre me chamou atenção, por permitir a todos, alunos e professores, um aprendizado cultural para além das fronteiras cariocas/fluminenses, o que se revelava, por exemplo, nos gostos alimentares ou musicais dos alunos, mas também nas informações sobre a rede de saúde em seus municípios, exercício aliás proposto por muitos professores desta disciplina, ao solicitarmos trabalhos de campo extras nos momentos de feriados prolongados. Conhecer redes de saúde de municípios como Manhuaçu-MG, por exemplo, por meio de trabalho de campo dos alunos, foi estimulante.

Em todo o caso, *a priori*, a saúde pública não é um valor para eles (embora, felizmente, haja exceções), e também para isto a disciplina se presta.⁶ Em sala, verificamos a força simbólica das primeiras instâncias socializadoras sobre os estudantes. A entrada na universidade via TCS e seus debates reflexivos confere a alguns um estranhamento em relação à visão de mundo familiar e ao universo que estão por descobrir, em que estarão presentes as ideias de um sistema universalista de saúde que já lhe parece desacreditado sobretudo por intermédio dos meios de comunicação de massa. É necessário então trabalhar com os estudantes que não estamos ali para definir o que é o certo e o errado, mas para estudar, conhecer, analisar e, se possível, engajarmo-nos num projeto de (re)construção da saúde pública.⁷

Em termos microanalíticos, vemos em geral estudantes sensíveis para as discussões realizadas em sala de aula e atentos aos campos e às pessoas visitadas. Escrevem muito bem quando comparados a estudantes de outros cursos. O capital social dos alunos – ainda que muitos digam não se identificar com a disciplina – se revela no domínio dos códigos de escrita e linguagem (BOURDIEU, 1986). Pelas razões do sucesso escolar – e quando estimulados pela disciplina a escreverem sobre os campos (e sobre si nos campos) revelam, direta ou indiretamente, muitas habilidades e percepções que são desejáveis num profissional de saúde

⁶ A utilização de filmes como *SICKO* (EUA, Direção: Michael Moore, 2007) e *Salud!*, retrato do sistema de saúde cubano (Direção: Connie Field, 2006) são ferramentas de apoio para tanto.

⁷ Como propõe Mattos (2001).

prestes a realizar sua função munidos de olhar e postura ditas integrais. No entanto, alguns expressam que gostariam que os *nossos* assuntos viessem acompanhados do “lado técnico”, qual seja: por exemplo, estudar um tema como o câncer de mama para além das repercussões e narrativas de mulheres adoecidas. Para além do significado da perda de cabelo ou retirada dos seios, seria oportuno se pudessem *ver o lado da clínica e da intervenção técnica/médica*.

A experiência com o primeiro período: saúde, mobilização social, doenças negligenciadas

No primeiro período, as aulas são dedicadas ao debate sobre saúde e cultura, em que trabalhamos com os alunos os conceitos de relativismo cultural, etnocentrismo, e uma abordagem introdutória sobre pesquisa social. Os temas saúde e mobilização popular e doenças negligenciadas foram “atalhos” para realizar essa empreitada. Visitávamos grupos conformados por usuários em hospitais ou postos de saúde, fóruns, redes, membros de conselhos de saúde, ONGs e outras lideranças. Desta forma, buscávamos entender como os movimentos sociais e a sociedade civil organizada podem influenciar na construção e implementação de políticas públicas de saúde.

A experiência com o tema “Doenças negligenciadas” foi recortada a partir de quatro doenças: chagas, tuberculose, hanseníase e hepatite C. Trata-se de uma temática importante de ser trabalhada com estudantes de Medicina, pois permite, dentre as várias possíveis abordagens, chamar atenção para as desigualdades sociais no acesso à saúde, discutir os interesses da indústria farmacêutica na produção de novos fármacos, observar a atuação dos movimentos sociais e pessoas diretamente afetadas pelas doenças. Sem dúvida, um dos cenários que mais me impactavam (e aos estudantes) eram as visitas às ex-colônias de pessoas com hanseníase. Foram muitas conversas e histórias inesquecíveis nas visitas que realizávamos. Numa delas, fomos recepcionados pelo morador mais antigo, que se sentou com o grupo de estudantes e, com lágrimas nos olhos, nos contou a história do seu isolamento. Noutra, uma

professora primária, filha de pais com hanseníase, contou aos alunos que fora escondida pelos pais no fogão para não ser levada pela polícia. A andança com os alunos pelos bairros que se formaram nos revelava ainda as marcas de um passado: moradores com corpos mutilados, alguns vivendo em casas ou alojamentos separados por sexo, outros, mais idosos, vivendo em alas hospitalares. Suas histórias giravam em torno da distância familiar, alguns novos laços formados no contexto do isolamento, e do preconceito e estigma sofrido pelo entorno social. Em relação aos espaços de sociabilidade, alguns poucos bares reuniam homens, e as mulheres em geral encontravam-se nos espaços privados. O cenário do filme passado em sala – *Diários de Motocicleta* – encontrava-se diante de nós, contando parte de uma história sanitária em que o isolamento fora o mecanismo encontrado pelas autoridades brasileiras para tratar e conter a doença. Refletindo sobre o tema, uma aluna escreveu:

Quando conversamos com uma senhora no pavilhão feminino e ela disse que não gosta de viver lá, é fato que a indenização paga pelo governo nunca vai ser o suficiente. Quando vi os senhores jogando dominó com garrafas de bebidas ao redor, garrafas vazias no canto, se percebe como as expectativas de uma vida normal (poder estudar, trabalhar, casar, ter filhos) foram tiradas deles.

Conforme escreveram os alunos de um dos grupos que mais se destacou:⁸

Ao longo do semestre foi possível perceber que a negligência não parte apenas de instituições privadas com fins lucrativos, mas também está presente nas ações do governo e da sociedade. Cabe a nós, futuros médicos, enxergarmos além da doença, transcendendo aquilo que os olhos visualizam, compreendendo contextos e auxiliando essas pessoas esquecidas pela sociedade por tanto tempo a curar não apenas suas sequelas físicas, mas também suas lacunas psicológicas e emocionais.

⁸ Augusto Azevedo, Bernardo Precht, Carla Melloni, Flávia Teixeira, Jade Oliveira, Juliana Santana, Leonardo Albuquerque, Priscila Monteiro, Rachel Alencar, Rúbia Sobrinho, Tayná Gontijo, Thiago Velloso e Túlio Martins.

Este mesmo grupo elaborou três paródias de músicas, nas quais expressaram em versos a interação estabelecida com vários sujeitos e instituições durante seu trabalho de campo, com os temas da doença de chagas, tuberculose e hanseníase. Abaixo, alguns trechos:

Trecho da Paródia *Grades do Coração*

Passei a minha vida a procurar
Um doutor que possa me explicar
A dor que sinto no meu coração
Quero tirar de vez essa palpitação
Com o MSF vou lutar
Vou sair nas ruas, protestar
Se quem não tem dinheiro não tem razão
Não vale o meu direito de cidadão

Trecho da Paródia de *Com que roupa?*

Agora vou mudar minha conduta
Eu vou pro posto, pois eu quero me curar
A TB é mesmo coisa bruta
São seis meses para se tratar
Pois essa tosse não está pouca
Oi eu pergunto pra Ritinha...oi da Rocinha
Como ela se livrou desse bacilo que me contaminou
Ritinha, ela me ensinou
Fundo Global também me explicou

Trecho da Paródia de *Será?*

Posso estar com hanseníase
Mas em tratamento já estou
Não precisa me evitar
Acho que isso não é amor
Será só preconceito então?
Será que eu vou te convencer?
Será falta de informação?
Será que a negligência vai vencer?
Ôôôôôô
Isolar pra quê?
Se não tem porquê
Vai lá em Itaboraí pra você ver
Seu Manoel, Dona Helena e Santinha

A experiência com o segundo período: Saúde da Mulher

As aulas têm como pano de fundo teórico o conceito de integralidade. Fazemos uma breve discussão das políticas de saúde da mulher e do gênero, da sexualidade e da saúde, adotando artigos sobre os movimentos feminista e de mulheres. Buscamos problematizar como se dá a atenção dos profissionais de saúde, como os serviços estão organizados, como a gestão impacta no trabalho do profissional de saúde e, por consequência, na atenção recebida pelas usuárias (o que é visto, sempre que possível, a partir da percepção de mulheres em contexto de adoecimento).

Destaco a conversa que temos com uma das principais lideranças feministas brasileiras, a médica Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, ou, como prefere ser chamada, Santinha. Nas palavras de três alunos:

Como falar deste campo? Poderia começar a tecer os mais diversos comentários sobre como o encontro com Santinha é descortinador de cabrestos, vendas, viseiras. [...] Santinha me passa ser essa força que não cessa de incomodar-se, de transformar, de ser maior, de ser mulher.

Ficou ainda mais claro a necessidade de estarmos sempre informados sobre os passos da política de saúde pública. Como futuros médicos, não podemos desvincular nossa profissão da política que está relacionada a ela. Só assim podemos exigir mudanças no sistema de saúde, que ainda possui inúmeras falhas e lacunas a serem reparadas por nós.

[...] tenho certeza que, lá na frente, isso vai ser um enorme diferencial meu. Vou até além: minhas percepções sobre diversos aspectos não só da saúde, mas também da vida em sociedade foram reavaliadas e potencializadas. O tema, não preciso dizer, mexeu muito comigo, e os debates e textos agregaram muitíssimo conhecimento à minha formação profissional e cidadã, além de me estimularem esse senso crítico que tanto prezo.

Dois exercícios de pesquisa são propostos ao grupo. Pensar, acessar e analisar a saúde das mulheres de suas famílias por meio de uma pergunta narrativa que será debatida em sala de aula: o que é saúde pra você? Esta atividade comporta desafios, à medida que pode a primeira vista ser considerada desinteressante para alguns. No entanto, ao apresentarem o resumo das conversas, eles se dão conta das dimensões socioculturais que estruturam aquelas que às vezes só aparentemente lhe são mais familiares. Alguns dizem que desconheciam algumas histórias e visões

das mulheres de suas famílias. Na segunda atividade de pesquisa, os estudantes elaboram um pequeno roteiro semiestruturado com perguntas sobre os temas aprendidos com o curso, e se lançam em busca de entrevistar estudantes de outros cursos de graduação. O debate em sala é feito pedindo-lhes que analisem o pertencimento social desses alunos, incluindo o seu curso em questão, o que sempre produz intensos diálogos.

Atenção às mulheres em situação de violência e abortamento são dois temas trabalhados na disciplina. A partir de filmes como *Preciosa e Amor?!*,⁹ e de textos que apresentam a problemática e o funcionamento da rede de serviços, a lei Maria da Penha e documentos normativos do Ministério da Saúde, realizamos debates em sala de aula e conhecemos a estrutura de hospitais, procurando observar como se dá nesses espaços a atenção a mulheres em situação de violência. O tema do aborto é discutido a partir de publicações oficiais e feministas¹⁰ e documentários como *O Fim do Silêncio* e *Uma História Severina*.¹¹

O tema do HIV/Aids é abordado a partir sobretudo da tendência à feminização. Os alunos tomam conhecimento do panorama epidemiológico, do crescimento da epidemia entre mulheres e jovens, dos aspectos sociais e de vulnerabilidade, do acesso ao sistema de saúde e dos significados de convivência com a doença, dentre outros assuntos.¹² Com a leitura de textos pesquisados por eles e debatidos em sala, ao lado de filmes e documentários, partimos para os campos em que eles podem ouvir, interagir, perguntar e comentar: ONGs e serviços de saúde. Uma das atividades centrais para os alunos são os grupos ou conversas de mulheres com Aids nessas instituições. Dando sequência ao curso, abordamos as repercussões do câncer para

⁹ *Precious* (EUA, 2009. Direção: Lee Daniels) conta a história de uma adolescente do Harlem que sofre várias formas de violência. Já *Amor?!* (Brasil, 2011. Direção: João Jardim) é uma produção brasileira que aborda a temática da violência conjugal a partir de uma mistura de documentário com ficção.

¹⁰ Consultar, por exemplo, Diniz (2011).

¹¹ *O Fim do Silêncio* (Brasil, Fiocruz: 2008. Direção: Tereza Jessouroun) apresenta relatos de mulheres que passaram pela situação de abortamento. *Uma História Severina* (Brasil, 2005. Direção: Debora Diniz e Eliane Brum) aborda a questão do aborto em caso de anencefalia.

¹² O documentário *Anjos da Asa Quebrada* (Brasil, SES-RJ, Direção: Claudia Costa e Sandra Filgueiras, 2006) produzido pela SES-RJ para formação continuada de profissionais de saúde. Outros documentários e filmes comerciais também são utilizados, como *Positivas* (Brasil, 2010, Direção: Susana Lira) e *Crianças Invisíveis* (EUA, 2005. Direção: Spike Lee).

mulheres, em especial o câncer de colo de útero e de mama. Novamente discutimos as questões simbólicas que permeiam a vivência com esta doença, a partir de textos sócio-antropológicos, filmes¹³ e conversas com profissionais e ex-pacientes. Ao longo dos anos, os parceiros institucionais para estas atividades foram o INCA e uma ONG de câncer de mama de Niterói. E o que todas essas mulheres têm em comum? A clássica frase de Simone de Beauvoir – “não se nasce mulher, torna-se mulher” é capaz de causar ainda muito impacto entre os estudantes.

Considerações finais

Este texto constituiu um relato pessoal de minha participação como docente na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado, para alunos do curso de Medicina. Trabalhar nessa disciplina significou para mim ao mesmo tempo uma alegria e um desafio – por me derivar ao meu campo de conhecimento original, e me colocar em constante diálogo com outros saberes e/ou expectativas. Sinto que em alguns momentos desafiei e noutros fui provocada.

Ao final do semestre, os alunos, em geral, mostram que adquiriram um amplo leque de conhecimentos relativos aos *aspectos sociais e políticos* da área da saúde – cruciais para a formação do futuro profissional de saúde – sendo, portanto, capazes de reconhecer que os processos de saúde e doença se constituem em fatos sociais complexos. O resultado final é sem dúvida algum de aprendizagem, diálogo, trocas, para muitos de nós.

Como escrevo este texto num momento de transição institucional, finalizo com um sincero agradecimento aos alunos de graduação da Faculdade de Medicina da UFF, que marcaram minha experiência como docente nesta disciplina, numa tentativa de construção conjunta e desafiadora de tornar palatável e aplicável o uso das ferramentas das Ciências Sociais que objetivam pensar os temas da saúde e da doença.¹⁴

¹³ *Inquietos* (EUA, 2011. Direção: Gus Van Sant); *Minha Vida Sem Mim* (EUA, 2003, Direção: Isabel Coixet); *Uma lição de vida* (EUA, 2001. Direção: Mike Nichols).

¹⁴ Agradeço a todos os alunos, na figura de Luis Felipe, Renata Teixeira, Thais Louzada, Matheus Oroski; Matheus Bastos, Andrea Pain, Ana Beatriz, Amanda, Isabela Klein, Igor; Estela Magalhães, Ana Elisa Sanches, Denise Jourdan. Agradeço ainda a Annabelle Modesto, Patrícia Silva, Evandro Garcia, Braulio Henrique e Juliana Vasconcelos, pela colaboração docente em algumas aulas.

Referências

- BECKER, H.S. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BONET, O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 136p.
- BOURDIEU, P. The forms of capital. In: RICHARDSON, J. (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, 1986. p. 241-258.
- BOTTI, S.H. de O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, set. 2008.
- BRANT, V. *Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde*. Juiz de Fora: UFJF, 2011.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília: Paralelo Quinze, 1998.
- DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011.
- FEUERWERKER, L. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: BRANT, V. *Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde*. Juiz de Fora: UFJF, 2011.
- GIUMBELLI, E. Para além do “trabalho de campo”: reflexões supostamente malinowskianas. *Rev Bras Ci Soc.*, v. 17, n. 48, p. 91-107, 2002.
- CLARO, L.L.; MAKSUD, I. Significados da reabilitação em hanseníase: diferentes olhares. *Diversitates*, v. 6, p. 23, 2014.
- MALINOWSKI, B. Objeto, método e alcance desta pesquisa. In: ZALUAR, A. (Org.). *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1990. p. 39-62.
- MATTAR, R. et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007.
- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 39-66.
- MONTEIRO, D.M.; LEHER, E.M.; BRANT, V. Da educação continuada à educação permanente: a construção do modelo de formação pedagógica para preceptores do Internato Médico. In: BRANT, V. *Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde*. Juiz de Fora: UFJF, 2011.
- NOGUEIRA, O. *Vozes de Campos do Jordão*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- NOGUEIRA, M.I. *Retratos da formação médica nos novos cenários de prática*. São Paulo: Hucitec, 2012.

RIBEIRO, C.D.M. et al. O trabalho de campo como dispositivo de ensino, pesquisa e extensão na graduação de Medicina e Odontologia. *Interface*. Botucatu, v. 17, n. 47, dez. 2013.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; MARINS, J.J.N.; KOIFMAN, L. A busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem: o direcionamento do curso de Medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004. p. 307-319.

Doenças negligenciadas: a construção de um campo sempre atual

Helena Garbin¹ | Luisa G. Dutra de Oliveira²

Introdução

O tema “Doenças Negligenciadas” não é novo para a disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1 (TCS 1) e, após uma curta ausência, foi retomado no segundo semestre de 2014. Os motivos para a retomada são claros: esse é um tema eternamente atual e é fundamental para alunos de Medicina, em especial para nós, latino-americanos.

O termo “doenças negligenciadas” é recente. Em 1970, foi utilizado em um programa da Fundação Rockefeller, *The Great Neglected Diseases*. Foi adotado em 2001 pelo “Médicos Sem Fronteiras” (MSF) e pela Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (OMS, 2001), cada um criando duas classificações similares, com diferenças especialmente na nomenclatura. O termo se refere a um “conjunto de doenças causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) que são endêmicas em populações de baixa renda vivendo sobretudo em países em desenvolvimento na África, Ásia e nas Américas” (SOUZA, 2010). A ANVISA, na Resolução RDC n. 28, de 4 de abril de 2007, define doenças negligenciadas como aquelas que “não apresentam atrativos econômicos para o desenvolvimento de fármacos, quer seja por

¹ Médica; Mestre e Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); professora substituta, Departamento de Saúde e Sociedade, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense.

² Enfermeira; Mestre e Soutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); técnica de nível superior no Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense.

sua baixa prevalência, ou por atingir população em região de baixo nível de desenvolvimento” (ANVISA, 2007). São consideradas negligenciadas porque não despertam o interesse das grandes empresas farmacêuticas multinacionais, nem das agências de fomento para pesquisa, o que determina uma baixíssima possibilidade de novas descobertas em termos de tratamentos ou vacinas.

Ao longo do século XX, no Brasil e no mundo, em virtude das grandes revoluções tecnológicas e da melhoria das condições de vida em geral, ocorreu uma redução importante da taxa bruta de mortalidade e um aumento significativo da expectativa de vida das populações (MINAYO, 1999; MONTEIRO, 2000; BUSS, 2007). No Brasil, já na primeira metade do século XX, principalmente a partir da década de 30, os níveis de mortalidade geral por doenças infecto-parasitárias apresentaram importante tendência à queda, tendência que se mantém no início desse novo século. Merece destaque a queda significativa da mortalidade infantil (MINAYO, 1999; MONTEIRO, 2000). Ao mesmo tempo, vem ocorrendo um aumento paulatino da incidência de doenças crônico-degenerativas e, atualmente, as principais causas de morte no país são as doenças cardiovasculares, seguidas de perto pelas neoplasias, doenças respiratórias e endócrinas (MINAYO, 1999; MONTEIRO, 2000).

Barata (1997) afirma que o enorme sucesso alcançado nas primeiras décadas do século XX no controle das doenças infecciosas e parasitárias, através dos programas de imunização em massa, do controle de vetores e do saneamento ambiental, trouxe a ilusão de que “o conhecimento disponível era suficiente para o manejo das doenças transmissíveis” (BARATA, 1997, p. 532). O que se observa nas últimas décadas do século XX, contudo, é o surgimento de novas doenças e o recrudescimento de algumas patologias consideradas controladas (MINAYO, 1999; MONTEIRO, 2000).

Neste artigo serão apresentados, após esta breve introdução sobre o termo “doenças negligenciadas”, a construção do tema pelas preceptoras, as metodologias utilizadas e o percurso da disciplina.

A construção

A primeira questão que se colocou para a construção do tema, e possivelmente a mais importante, foi a escolha do referencial teórico. Qual enfoque adotar? Em que escolas/autores se basear e quais utilizar para as discussões com o grupo? Dentro de qual sistema de referência? (BUSS, 2007). Não se pode fugir de utilizar o conhecimento médico-biológico para a definição da patologia, da sua etiologia. Contudo, todo esse conhecimento é somente um dos componentes; juntam-se a ele questões sociopolíticas, econômicas, culturais e ambientais que apresentam um impacto significativo sobre o processo saúde/doença, sobre as formas de adoecimento da população (BUSS, 2007).

Entendendo, como Virchow, que considerava a ciência médica como intrínseca e essencialmente uma ciência social (BUSS, 2007), optamos pela adoção da compreensão do tema dentro do paradigma da Saúde Coletiva, com foco nos determinantes sociais da saúde. Desta forma, busca-se enfatizar o processo histórico de construção social da saúde, com os êxitos e fracassos da humanidade em sua luta pela cidadania e pelo bem-estar (Rodriguez apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Esta é uma escolha importante, que vai dar a direção para as escolhas seguintes na construção da disciplina. Um tema como “Doenças negligenciadas” pode abrir espaço para uma desvirtuação do caminho proposto para a disciplina, podendo desaguar em um enfoque médico-biológico, assistencialista e individualista. Em vez disso, a construção do campo na disciplina procurou qualificar o conjunto de necessidades sociais em saúde, pensar os diferentes meios e atividades essenciais para essas necessidades, bem como as relações que se estabelecem no campo da saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Além de refletir sobre o processo saúde-doença, percebendo a saúde como uma conquista e um direito para os diversos grupos populacionais, buscou-se destacar as dimensões humanas, culturais, sociais e políticas do cuidado à saúde.

Um segundo momento envolveu a escolhas das doenças negligenciadas que seriam utilizadas como base para a discussão do tema na disciplina. Alguns textos serviram de orientação para as supervisoras nesta escolha.

Um deles foi um estudo publicado recentemente no periódico *The Lancet*, como parte de uma série sobre a saúde no Brasil, que discute os sucessos e fracassos no controle das doenças infecciosas no país (BARRETO et al., 2011). Outros textos importantes foram os documentos publicados pelo grupo de estudos sobre doenças negligenciadas da Academia Brasileira de Ciências e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): “Doenças Negligenciadas” e “Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com medicamentos”.

A escolha recaiu sobre a tuberculose, hanseníase, a doença de chagas, HIV/Aids e hepatites. A tuberculose foi a primeira escolha por ser uma endemia ainda com importante prevalência no país e por acometer principalmente indivíduos em condições sociais vulneráveis. Por sua relação estreita com a Aids, também apresenta maior prevalência em regiões onde a prevalência da Aids é alta, caso do estado do Rio de Janeiro. O estudo da *The Lancet* (BARRETO et al., 2011) considera o controle da tuberculose no Brasil como sucesso parcial, especialmente pela constatação de que não foi detectada a interrupção do processo de sua transmissão e propagação.

A hanseníase, doença milenar, virtualmente eliminada nos países desenvolvidos, ainda representa grave questão de saúde pública no país. O Brasil, juntamente com a Índia, responde por mais de 80% dos casos novos no mundo (SOUZA, 2010). O diagnóstico ainda é feito tardiamente, muito em função do desconhecimento e das deficiências de acesso à saúde, permitindo que os níveis de transmissão sejam altos. Doença que carrega forte estigma, a hanseníase também tem seu controle considerado como de sucesso parcial.

O Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas é um dos maiores sucessos do sistema de saúde pública do Brasil (BARRETO et al., 2011), em decorrência do avanço significativo no controle da infecção vetorial e por transfusão de sangue. Contudo, ainda é a doença parasitária com o maior número de mortes na América Latina, superando a malária. Há cerca de oito milhões de pessoas infectadas, dois milhões já na fase crônica (SOUZA, 2010), que é grave e responde pela maior parte das mortes. A doença de Chagas, juntamente com a tuberculose

e a hanseníase, servem como exemplos para a compreensão do termo “doença negligenciada”, sua determinação social, assim como para a introdução da noção de populações negligenciadas.

Algumas doenças percorreram caminhos interessantes no sentido de deixarem de ser negligenciadas. Para trabalhar com os alunos essa possibilidade, optamos por abordar a história da Aids, utilizando o exemplo do Brasil e dos EUA. A doença desconhecida, sem nome dos primeiros casos, se transformou em uma das patologias mais estudadas no mundo. Hoje, “o Brasil opera o maior programa mundial de terapia antirretroviral, potente e gratuito” (SOUZA, 2010, p. 51), além de diversos programas para controle da transmissão de HIV/Aids.

As hepatites virais, principalmente as A, B e C, têm contado com avanço significativo na disponibilização de vacinas e medicamentos. Entretanto, evidenciam-se ainda baixa detecção dos casos e a necessidade da participação de grupos sociais com o objetivo de garantir o tratamento para os indivíduos com a doença.

Metodologias

A definição do tema e seu referencial teórico também impactaram na escolha das metodologias, das práticas escolhidas para a construção da disciplina.

A discussão de textos, previamente selecionados pelas preceptoras, foi utilizada para o embasamento dos alunos no tema e também para permitir melhor aproveitamento das atividades de campo. Determinados textos foram discutidos em grupo e outros foram expostos pelos alunos divididos em pequenos grupos. Em alguns momentos, os próprios alunos selecionaram e apresentaram textos que encontraram em variadas fontes, como jornais, revistas (científicas ou não), internet, entre outros.

Algumas doenças negligenciadas estão presentes em diversos filmes nacionais e internacionais, e sua exibição para os alunos, com posterior discussão, oferece uma possibilidade especial de compreender as idiossincrasias das diversas patologias, assim como sua história. Existem também, e foram utilizados, muitos filmes técnicos que cumprem a mesma função.

Foram realizadas visitas a hospitais, ambulatórios e ONGs, com o objetivo de observar e vivenciar as ações institucionais e extrainstitucionais realizadas para a promoção da saúde e prevenção de danos nesses grupos. Os trabalhos conjuntos com grupos de outros temas foram importantes para trocar experiências e ampliar a discussão dos temas.

Trajetos

O trabalho do semestre se inicia com discussão introdutória sobre o tema “Integralidade”, com apoio de textos e palestras. Esta etapa é importante para o entrosamento entre os alunos, destes com as supervisoras e de todos com a disciplina. Passada essa etapa, as primeiras atividades são de embasamento teórico, com leitura de textos e discussão, a fim de apresentar o tema para a turma.

Inicialmente foi proposto ao grupo o texto “A saúde e seus determinantes sociais”, de Buss & Pellegrini Filho (2007), e sua leitura desencadeou uma discussão bastante rica com os alunos. A discussão envolveu um pouco da história da medicina e da saúde pública, a conceituação de determinantes sociais da saúde (DSS), seus diferentes enfoques ou abordagens possíveis, os modelos explicativos e as possibilidades de intervenção no sentido de produzir melhorias nas condições de saúde das populações.

Os encontros seguintes foram baseados em textos que discutiam as doenças negligenciadas no Brasil (e no mundo), sua epidemiologia e o que foi, e tem sido feito, para o controle delas. Com o objetivo de entrelaçar os textos e conectá-los à prática, os alunos foram levados a conhecer um hospital público especializado no tratamento da tuberculose. Lá puderam conhecer histórias clínicas, epidemiológicas e sociais de pacientes internados anteriormente, através da análise de prontuários. O impacto da atividade no grupo foi significativo e ficou claro em cada caso discutido que uma boa base estava sendo construída. E que a metodologia até aqui utilizada servia aos propósitos estabelecidos.

Houve também a visita a um ambulatório de atendimento a doenças pulmonares, com número significativo de indivíduos em tratamento para tuberculose. Foi possível trocar informações com os profissionais

de saúde e conhecer a dinâmica da instituição, o perfil da população atendida e as dificuldades encontradas.

Na abordagem da hanseníase, houve a participação dos alunos em um ambulatório de dermatologia, com a vivência de situações de investigação de casos suspeitos, acompanhamento de casos diagnosticados e de indivíduos já curados com reação posterior. Além disso, a visita ao MORHAN, organização social destinada ao apoio às pessoas com hanseníase, foi fundamental para que os alunos conhecessem, através de relatos, as dificuldades sociais e as lutas desse grupo.

Com relação à situação das pessoas com HIV/Aids, o farto material audiovisual disponível permitiu a discussão tanto do surgimento da doença e suas implicações, como da mobilização social intensa para que as ações fossem desenvolvidas e os grupos afetados tivessem seus direitos garantidos. Nessa mesma linha, tivemos a oportunidade de conhecer a Associação de Portadores do Vírus HTLV e discutir sobre a situação atual desses portadores, o que levou ao reconhecimento desta outra doença negligenciada, que a princípio não estava no programa da disciplina.

Material audiovisual e textos foram utilizados na abordagem da doença de Chagas, seus aspectos históricos, epidemiológicos e clínicos. Foi identificada uma associação internacional de pessoas com a doença, o que permitiu conhecer a mobilização social direcionada a esse grupo.

A discussão sobre as hepatites virais, além de contar com textos e material audiovisual, teve a presença do presidente do Grupo de Apoio aos Portadores de Hepatites (Grupo Otimismo), que relatou sua ampla experiência no controle social da doença. Além disso, no decorrer da disciplina, houve o Dia Nacional de Luta contra as Hepatites Virais e a inclusão da vacina da hepatite A no calendário do Programa Nacional de Imunização.

Considerações finais

A observação do processo de apropriação de um novo conhecimento pelos alunos, que passa por uma desconstrução de um conhecimento ou uma ideia anterior para sua posterior reconstrução, é fascinante e prazeroso. Para isso, colabora fortemente a dinâmica da disciplina, com

discussões sobre o tema a partir de textos e outros materiais, acrescidas de experiências práticas. Tal dinâmica possibilitou a identificação de grupos, indivíduos e instituições que se dedicam ao cuidado da saúde.

O contato com essas instituições de saúde e organizações sociais permitiu aos alunos compreender o processo saúde-doença em seus múltiplos aspectos, enxergar o setor saúde de forma mais ampla e ainda conhecer algumas das histórias das lutas e conquistas na saúde brasileira.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC n. 28, de 4 de abril de 2007. Dispõe sobre a priorização da análise técnica de petições, no âmbito da Gerência-Geral de Medicamentos da ANVISA, cuja relevância pública se enquadre nos termos desta Resolução. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0057_20_12_2013.html
- BARATA, R. de C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 31, n. 5, 1997.
- BARRETO, M.L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*, v. 3, 2011.
- BUSS, P.M. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- GARCIA, L.P. et al. *Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com medicamentos*. Brasília: IPEA, 2011.
- MINAYO, M.C.S. (Org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MONTEIRO, C.A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MÉDECINS SANS FRONTIÈRES. *Access to Essential Medicines Campaign and the Drugs for Neglected Diseases Working Group*. Fatal imbalance: the crisis in research and development for drugs for neglected diseases. Geneva : MSF, Sept. 2001.
- PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- SOUZA, W. (coord.). *Doenças negligenciadas*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO, Dec. 2001.

