

#### **IV Prêmio Mário Chaves: sobre a temática "Experiências inovadoras na formação"**

Clínica comum dos profissionais de saúde – relato da experiência de formação em implantação no eixo do trabalho em saúde – UNIFESP - Campus Baixada Santista<sup>1</sup>

Clínica común de los profesionales de salud – relato de la experiencia de formación en implantación en el eje de trabajo en salud – UNIFESP - Campus Baixada Santista -

Common clinical of the health professionals - report of the training experience in development in the work in health axis – UNIFESP- Campus Baixada Santista

Autores

Angela Aparecida Capozzolo<sup>2</sup> – Médica – Doutora em Saúde Coletiva  
Docente da Unifesp – Campus Baixada Santista  
Endereço: Rua Bitencourt Sampaio, 210  
Vila Mariana – São Paulo  
e-mail: [angeruma@uol.com.br](mailto:angeruma@uol.com.br)

Jaquelina Maria Imbrizi – Psicóloga – Doutora em Psicologia Social  
Docente da Unifesp – Campus Baixada Santista  
Endereço: Felipe Camarão 43, apto32 – Aparecida – Santos  
e-mail: [jaque\\_ibrizi@yahoo.com.br](mailto:jaque_ibrizi@yahoo.com.br)

Sidnei José Casetto<sup>3</sup> – Psicólogo – Doutor em Psicologia Clínica  
Docente da Unifesp do Campus Baixada Santista  
Endereço: Alexandre Martins, 15 – apto 94 – Santos  
e-mail: [sidneicazeto@uol.com.br](mailto:sidneicazeto@uol.com.br)

Alexandre de Oliveira Henz – Psicólogo -Doutor em Psicologia Clínica  
Docente da Unifesp – Campus Baixada Santista  
Av. Ana Costa, nº 95 - Bairro Vila Matias – Santos  
e-mail: [alexandrehenz2000@yahoo.com.br](mailto:alexandrehenz2000@yahoo.com.br)

Roberto Kinoshita Tykanori – Médico – Doutor em Saúde Coletiva  
Docente da Unifesp – Campus Baixada Santista  
Av. Ana Costa, nº 95 - Bairro Vila Matias – Santos  
e-mail: [tykanore@hotmail.com](mailto:tykanore@hotmail.com)

Maria Graciela Gonzales Perez de Morell – Advogada – Pós-Doutora Saúde Coletiva e Demografia  
Docente da Unifesp – Campus Baixada Santista  
Av. Ana Costa, nº 95 - Bairro Vila Matias – Santos  
e-mail: [graciela.morell@unifesp.br](mailto:graciela.morell@unifesp.br)

Maria de Fátima Ferreira Queiroz – Fisioterapeuta – Doutora em Saúde Pública Docente da Unifesp – Campus Baixada Santista

---

<sup>1</sup> Este trabalho é inédito.

<sup>2</sup> Todo os autores contribuíram para a preparação do texto.

Av. Ana Costa, nº 95 - Bairro Vila Matias – Santos  
e-mail: [fatiguei@terra.com.br](mailto:fatiguei@terra.com.br)

## **Clínica comum dos profissionais de saúde – relato da experiência de formação em implantação no eixo do trabalho em saúde – UNIFESP – Campus Baixada Santista**

Pseudônimo: Bias

### Resumo

Este texto relata a experiência de formação que ocorre no eixo do trabalho em Saúde, desde 2007, com estudantes do terceiro semestre dos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional. Apresenta os referenciais e as estratégias de organização do módulo: “Prática clínica integrada: análise de demandas e necessidades de saúde” que tem como um de seus pilares centrais a elaboração de narrativas de história de vida e de questões de saúde por parte dos estudantes. Isto ocorre mediante encontros quinzenais na residência das pessoas acompanhadas. Procura-se desenvolver nos estudantes a capacidade de escuta e a percepção da complexidade dos determinantes do processo saúde-doença-cuidado, elementos do que temos denominado de uma “clínica comum” às diversas profissões em saúde. A partir da análise dos relatórios de conclusão do módulo elaborados pelos alunos, discute os possíveis efeitos na formação que têm sido produzidos por esta experiência.

Palavras chave: trabalho em saúde, visita domiciliar, narrativas de vida, prática clínica, formação interprofissional

Este trabajo relata la experiencia de formación que se produce en el eje de Trabajo en Salud, desde 2007, con los estudiantes del tercer semestre de los cursos de Educación Física, Fisioterapia, Nutrición, Psicología y Terapia Ocupacional. Presenta los referenciales y las estrategias de organización del módulo: “Práctica clínica integrada: análisis de demandas y necesidades de salud” que tiene como uno de sus pilares centrales la elaboración de narrativas de historias de vida y de cuestiones de salud por parte de los estudiantes. Esto ocurre mediante encuentros quincenales en las residencias

de las personas acompañadas. Se trata de desarrollar en los estudiantes la capacidad de escuchar y de entender la complejidad de los factores determinantes del proceso salud-enfermedad-cuidado, elementos de lo que hemos denominado de “clínica común” a las diversas profesiones en salud. A partir del análisis de los informes de conclusión del módulo, elaborados por los estudiantes, se discuten los posibles efectos sobre la formación que han sido producidos por esta experiencia.

Palabras clave: trabajo en salud, visita domiciliaria, narrativas de vida, práctica clínica, formación interprofesional

This paper reports the experience of training that occurs on the axis of Health Work, since 2007, with students of the third semester of the courses in Physical Education, Physiotherapy, Nutrition, Psychology and Occupational Therapy. It presents the benchmarks and strategies for the organization of the module: "Integrated clinical practice: analysis of health needs and demands" which has as one of its central pillars the development of narratives of life history and health issues by the students. This occurs every two weeks meetings at the residences of the followed people. It seeks to develop in the students the ability of listening and understanding the complexity of the health-disease-care process determinants, elements of which we called a "clinical common" to the diverse health professions. From the analysis of the reports of conclusion of the module developed by students, it discusses the possible effects on training that have been produced from this experience.

Words key: work in health, domiciliary visit, narratives of life history, practical clinic, interprofissional training

## Introdução

O ensino de graduação predominante nas áreas de saúde tem resultado na formação de profissionais com pouca competência para responder às exigências do trabalho em saúde e ofertar atenção integral e de qualidade à população.

Observa-se, ainda hoje, na formação dos profissionais de saúde, uma forte predominância do paradigma científico biomédico, que, sob a influência do relatório Flexner de 1910, passou a orientar a formação dos médicos (Ceccim & Capozzolo, 2004; Ceccim & Carvalho, 2005).

Os estudos conduzidos por Abraham Flexner, nas duas primeiras décadas do século XX<sup>4</sup>, provocaram uma série de alterações no ensino para a formação de médicos dentro de referenciais científicos tais como: ênfase na aprendizagem em laboratórios e nos ambientes hospitalares; segmentação em ciclos básico e profissional; fragmentação em disciplinas; estímulo para a especialização e para as atividades de pesquisas nas áreas biológicas visando o conhecimento das doenças no corpo dos indivíduos. Assumem lugares secundários na formação a prevenção, o conhecimento das condições gerais de saúde da população bem como de seu acesso aos serviços de saúde (Schraiber, 1989; Silva Junior, 1998).

Orientada pela racionalidade científica, a prática profissional se estrutura para a identificação e eliminação das lesões do corpo “doente”. O indivíduo “doente” é considerado apenas um portador da “doença”, que deve ser abstraído para que não atrapalhe a objetividade da “ciência” em diagnosticá-la. O objeto de intervenção profissional tende, assim, a se restringir ao “corpo” doente, distanciando-se da pessoa e de seu sofrimento (Camargo, 1992).

Essa tendência se acentua com o desenvolvimento científico-tecnológico do século XX, pois se ampliam as possibilidades de identificação de anormalidades, antes mesmo de estas se manifestarem através de algum sinal ou sintoma. A anamnese, a conversa, a história do aparecimento dos sintomas, o olhar, a ausculta, a palpação e o

---

<sup>4</sup> Os relatórios apresentados por Abraham Flexner em 1910 e 1927 são resultado de uma extensa pesquisa realizada nas escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá. À época a educação médica era acessível a qualquer candidato e realizada em cursos com duração de um ano, com pouca base metodológica-científica. Os fundamentos influenciaram de maneira importante a formação acadêmica e também os modelos de oferta de serviços (Schraiber, 1989).

toque do corpo do “doente” deixam de ter tanta importância, uma vez que “a doença” pode ser revelada pelos exames laboratoriais e de imagem. O desenvolvimento científico-tecnológico reforça, assim, a possibilidade de uma prática quase sem a participação do “doente” (Schraiber, 1993).

A capacidade da medicina científica de recuperar e manter o funcionamento do corpo dos trabalhadores - independentemente de as causas do adoecimento estarem relacionadas às condições de vida e de trabalho - contribuiu para diminuir as tensões sociais e para a reprodução das relações capitalistas. Os interesses econômicos e as necessidades de acúmulo de capital estimularam um modelo de assistência à saúde baseado no consumo de consultas médicas, procedimentos, equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar (Donnangelo & Pereira, 1979; Schraiber, 1989).

Marcado por grandes interesses econômicos e em sinergia com o modelo hegemônico de assistência, o modelo de ensino médico acaba por estender-se aos demais cursos da área de saúde e ao perfil de prática profissional (Ceccim & Carvalho, 2005).

Observa-se no ensino das profissões de saúde uma grande ênfase na dimensão biológica do adoecimento em detrimento das diversas dimensões envolvidas no processo saúde-doença-cuidado. Há uma valorização dos procedimentos técnico-instrumentais, das tecnologias de apoio diagnóstico e terapêutico e estímulo à especialização precoce. Como consequência, temos profissionais com uma percepção reduzida e limitada das necessidades de atenção/cuidado dos indivíduos e populações.

A fragmentação dos atos profissionais, a superespecialização e o uso indiscriminado de tecnologia, além de perdas da eficácia técnica de intervenção, causaram grande aumento dos custos da assistência e, principalmente nos países periféricos, dificuldades crescentes de acesso à saúde de grande parte da população.

As inadequações para responder aos problemas de saúde da população levaram a uma série de movimentos de reformas no ensino. Buscam-se novos caminhos e referenciais que ampliem a formação dos profissionais de saúde com propostas curriculares que articulem o ensino às necessidades de saúde da população (Feuerwerker, 2003). Esses movimentos são desencadeados, em geral, a partir do ensino médico, estendendo-se depois para outras áreas profissionais (Ceccim & Capozzolo, 2004).

Já nos anos 40 e 50 do século XX surgem os movimentos da Medicina Integral e da Medicina Preventiva, que criticavam a desvinculação da medicina hegemônica dos problemas sociais e de saúde mais frequentes da população (Arouca, 1975; Schraiber, 1989). Na década de 70 o movimento da medicina comunitária destaca a necessidade de aprendizagem “extra-muros” nos cenários sociais da vida em coletividade, na atenção primária fora do ambiente hospitalar (Donnangelo & Pereira, 1979).

A partir dos anos 80 diversas experiências de integração docente assistencial e com a comunidade revelam a importância de cenários de ensino e aprendizagem em toda a rede de serviços de saúde (atenção primária, especializada e hospitalar), com as estruturas de gestão dos serviços, nos diversos locais onde acontece o trabalho em saúde (Feuerwerker, 2003). Indicam também a necessidade de ultrapassar os limites das disciplinas e da formação isolada dos profissionais para conseguir intervir nas necessidades individuais e coletivas de saúde (Ceccim & Carvalho, 2005; Feuerwerker, 2003).

No Brasil, com o movimento de reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde, avança o debate sobre a dissociação entre as estruturas de formação e as de incorporação dos profissionais no mundo do trabalho. Com a constituição de 1988, o setor saúde passa a ser ordenador da formação profissional, desencadeando-se uma série de iniciativas para mudanças no ensino.

As novas diretrizes curriculares nacionais aprovadas para os cursos de graduação destacam que a formação deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral. Nesse contexto se insere a experiência de formação para o trabalho em saúde do Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo.

Nesse Campus estão sendo implantados, desde 2006, os cursos de graduação em Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional<sup>5</sup>. A organização das atividades de ensino rompe com a estrutura tradicional centrada em disciplinas e na formação isolada de determinado perfil profissional. Prioriza a educação interprofissional, a formação para o trabalho em equipe e para a integralidade da atenção.

---

<sup>5</sup> A partir de 2009 também se inicia a implantação do curso de Serviço Social com uma turma no período da tarde e outra no período noturno. A experiência que relatamos aqui ocorreu apenas com os cinco cursos inicialmente implantados no Campus Baixada Santista.

A estrutura curricular desses cursos está organizada em quatro eixos. O eixo *Aproximação a uma Prática Específica em Saúde* é direcionado aos estudantes de cada área profissional. Os demais eixos (*O Ser Humano e sua dimensão Biológica*, *O Ser Humano em sua Inserção Social* e *Trabalho em Saúde*) se orientam pelos conhecimentos que seriam necessários para todos os profissionais de saúde. Trabalham com turmas que mesclam alunos dos vários cursos.

### **O eixo “Trabalho em saúde”**

O eixo “Trabalho em saúde” possui grande centralidade no projeto político-pedagógico do Campus Baixada Santista. Atualmente percorre os três anos de graduação e visa possibilitar aos estudantes uma visão abrangente do processo saúde-doença-cuidado, do trabalho em saúde e do sistema de saúde vigente em nosso país de maneira a contribuir na formação de profissionais capacitados para ofertar uma atenção integral e desempenhar um papel ativo nas questões de saúde existentes em nossa sociedade.

Em consonância com as diretrizes que têm sido preconizadas pelos movimentos que repensam a formação dos profissionais de saúde, as estratégias de ensino deste eixo inserem os alunos, desde o primeiro ano da graduação, em atividades que possibilitam o contato com diferentes grupos populacionais e seus problemas de saúde, com movimentos sociais, bem como com as equipes de diferentes serviços e locais em que ocorrem ações de cuidado à saúde. As vivências promovidas pela interação e exposição a situações do cotidiano do trabalho em saúde são pontos de partida para a aprendizagem e para a busca de referenciais teóricos. Os estudantes são estimulados a assumir responsabilidades crescentes e realizarem intervenções e prestação de cuidado dentro de suas possibilidades.

As atividades de ensino-aprendizagem, organizadas em módulos semestrais, são estruturadas de maneira articulada e integrada com equipes dos serviços e lideranças de movimentos sociais de diferentes regiões do município de Santos. Com o objetivo de potencializar a implementação de políticas públicas de saúde e intersetoriais foram escolhidas para o ensino três regiões do município onde se concentram populações que vivem em situações de maior vulnerabilidade social: centro (onde vivem cerca de 14 mil pessoas em cortiços); noroeste (onde vivem cerca de 30 mil pessoas em palafitas) e morro.

A construção das atividades de ensino é orientada pela concepção que o trabalho em saúde lida com um objeto especial, que não é plenamente estruturado. A saúde é um bem simbólico, que toma concretude no modo de viver de cada pessoa e se constitui de forma muito diferente a depender da origem social, cultural, familiar, da crença religiosa, das experiências pessoais, do que é ofertado pelos serviços de saúde e muitos outros elementos. Por mais simples que seja o problema de saúde ele estará sempre relacionado às condições concretas de vida, a dimensões sociais e subjetivas e não apenas biológicas.

Uma característica fundamental do trabalho em saúde é ser centrado no “trabalho vivo em ato”, que se realiza no momento do encontro entre o trabalhador e quem demanda atenção (Merhy, 2000; Merhy & Franco, 2006). Nesse encontro, o trabalhador faz uma escuta e identifica na demanda do usuário alguns recortes sobre os quais se irá se debruçar. O recorte é guiado por uma dada concepção de saúde, doença e de necessidades que orienta um vislumbre de produto a ser alcançado ao final de uma “linha de produção” e, ao mesmo tempo, delinea o trajeto, as intervenções e recursos necessários para se alcançar esse produto final. Essa concepção vai conformar e expressar também a finalidade que se deseja alcançar com esse processo produtivo, isto é, a serviço do que estará todo esse processo produtivo.

Na realização do trabalho em saúde são utilizadas diversas tecnologias. Mendes-Gonçalves (1994) destaca as tecnologias materiais que estão inscritas nas máquinas e instrumentos de trabalho e as “tecnologias não materiais”, que compreende o saber e seus desdobramentos. Merhy (2000, 2002) detalha as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde denominando-as tecnologias duras, leve-duras e leves. Os diversos instrumentos, equipamentos (aparelhos de medir pressão, seringas, agulhas, balanças etc.) utilizados no trabalho em saúde seriam as tecnologias duras; as tecnologias leve-duras seriam os conhecimentos técnicos-científicos estruturados; e as “tecnologias leves” dizem respeito às tecnologias das relações como a escuta, a construção de vínculo, o acolhimento. A articulação entre as diferentes tecnologias é que define o modo de produção dos atos de saúde.

No modo predominante de formação e de práticas em saúde, como já referido, há um reducionismo das questões relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado e um empobrecimento das tecnologias leves. As abordagens e intervenções dos profissionais de saúde, de modo geral, tendem a girar em torno dos aspectos

biomédicos e dos procedimentos e suas orientações a ser normativas e prescritivas, com pouco diálogo com a singularidade do usuário.

Pretende-se, com as atividades desenvolvidas no eixo, contribuir para alargar a prática clínica dos profissionais de saúde, para formar profissionais com capacidade de escuta, de estabelecer vínculo, de dialogar e lidar com o momento do encontro com o usuário. Busca-se ampliar os referenciais com que cada profissional trabalha, bem como ampliar as possibilidades de atuação conjunta das várias áreas profissionais.

Desde o primeiro ano de graduação essas questões permeiam as estratégias de ensino. No primeiro e segundo semestres os estudantes realizam algumas vivências que possibilitam perceber os diversos modos de vida da população e suas implicações para o processo saúde-doença-cuidado. Abordam-se as múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença bem como as políticas e organização dos serviços de saúde. A partir do terceiro semestre a ênfase está na formação do que temos denominado de prática clínica comum aos diversos profissionais de saúde. Pretendemos apresentar de forma mais detalhada a experiência desse módulo.

### **O módulo de prática clínica integrada: análise de demandas e necessidades de saúde**

Neste módulo, através do acompanhamento domiciliar de um caso pretende-se ampliar a interação e a convivência dos estudantes com as “pessoas nos espaços reais” e possibilitar a percepção de como se expressam os vários condicionantes do processo saúde-doença-cuidado na situação singular da pessoa/família acompanhada.

Turmas mistas de estudantes são divididas pelas três regiões da cidade (cortiços, morros, palafitas). Duplas de alunos de cursos diferentes acompanham, durante o semestre, pessoas/famílias selecionadas pelas equipes de saúde dos serviços de atenção básica dessas regiões. Realizando encontros domiciliares quinzenais, as duplas constroem uma narrativa da história de vida e das questões de saúde, em conjunto com a pessoa/família acompanhada, com o objetivo de identificar as demandas e necessidades de saúde existentes bem como os recursos e serviços utilizados para cuidar da saúde.

As narrativas de vida têm sido utilizadas na prática clínica e na formação de profissionais como estratégia para compreender as relações estabelecidas entre acontecimentos da vida e as questões de saúde, e acessar os sentidos e significados

atribuídos ao adoecimento pela pessoa acompanhada (Greenhalgh & Hurwitz, 1999). Ouvir histórias de vida oferece condições para o estudante exercitar a escuta, a sensibilidade frente ao sofrimento das pessoas e desenvolver habilidades para lidar com ele. Também permite perceber as questões éticas e políticas envolvidas na prática clínica e os nexos entre os diversos condicionantes do processo saúde-doença-cuidado.

Ao realizar o trabalho em duplas surgem diferentes interpretações do que foi escutado e o aluno tem a oportunidade de aprender a negociar as diferentes visões sobre o mesmo caso, e assim buscar um consenso sobre o que será descrito e analisado na narrativa. Isto representa um treino de cooperação importante no trabalho em equipe.

O planejamento e a construção dos referenciais que embasam as atividades deste módulo têm envolvido docentes da área de saúde coletiva e também dos cinco cursos de graduação. Através de encontros sistemáticos busca-se refinar a compreensão sobre a clínica comum e as diretrizes para o acompanhamento e orientação dos estudantes<sup>6</sup>. Cada docente fica responsável pelo acompanhamento e orientação de um grupo de 20 estudantes (10 duplas) e está vinculado a uma equipe de atenção básica.

#### A seleção dos casos e a organização das atividades

Os docentes, em conjunto com a equipe dos serviços de atenção básica, selecionam pessoas e famílias que aceitam receber os estudantes em suas casas e contar sua história de vida. Isso ocorre com a visita dos docentes às pessoas e famílias indicadas pela equipe, para apresentar a proposta do módulo (objetivos, horário, contrapartida) e confirmar a sua disponibilidade para os encontros com os estudantes. A contrapartida para as pessoas acompanhadas é a leitura e a entrega de uma cópia da narrativa construída. A narrativa, após ser lida, se autorizada pela pessoa acompanhada, é apresentada à equipe de saúde e anexada ao seu prontuário.

A visita do docente também é importante para avaliar se, apesar de aceito pela pessoa/família, existe algum inconveniente para a visita dos estudantes em decorrência

---

<sup>6</sup> Desde 2007 estiveram envolvidos neste módulo cerca de 25 docentes de diferentes áreas profissionais e com experiências anteriores diversas em relação ao trabalho na atenção básica e em territórios. Tem sido um processo bastante interessante e desafiador a construção de referenciais comuns entre os docentes mas que, nos limites deste texto, não será possível abordar.

de situações muito complexas para esta primeira experiência clínica ou pela existência de algum risco à integridade dos estudantes.

Após um período de preparação dos estudantes são iniciadas as atividades de campo. A primeira consiste em conhecer o trabalho das equipes de saúde, em especial do agente comunitário e também a região onde mora a pessoa/família a ser acompanhada. A seguir são iniciadas as visitas domiciliares. Os estudantes fazem um diário de campo após cada visita, no qual registram observações, informações, impressões, pensamentos e sentimentos provocados pela vivência.

Cada visita é intercalada com uma atividade de supervisão na qual os estudantes são orientados na compreensão das histórias, na construção das narrativas e na realização de pesquisas que contribuam para a compreensão da pessoa/família acompanhada. Na supervisão também é trabalhado o que emergiu do encontro das duplas com as pessoas/famílias: os sentimentos mobilizados, angústias, identificações, preconceitos, resistências, dificuldades para escutar; enfim, o que foi produzido no encontro. O objetivo é desenvolver recursos para que os futuros profissionais possam lidar com essas repercussões tão importantes para uma prática mais efetiva.

O docente realiza a supervisão com o grupo de estudantes que acompanha (20 alunos). As diversas duplas compartilham vivências, sugerem questões para o acompanhamento dos casos, destacam pontos que precisam ser revistos e completados. Este também é momento de identificar o que o conjunto de casos de uma mesma área tem em comum. O exercício de buscar semelhanças entre diversos casos possibilita pensar os determinantes/condicionantes da ocorrência desses casos: as relações com o contexto sócio econômico, cultural, de acesso a rede de serviços entre outros.

Após a quarta visita domiciliar, a dupla de alunos entrega uma primeira versão da narrativa, que é depois discutida e complementada, se necessário, com outra visita domiciliar, com conversas com profissionais de saúde e consulta de informações em prontuário dos serviços de saúde. Então é elaborada a narrativa final que será lida e submetida à apreciação da pessoa acompanhada.

#### A construção das narrativas

Nesta proposta pretende-se possibilitar o exercício das potencialidades tanto do acompanhado quanto dos estudantes. Quanto à pessoa acompanhada, há o pressuposto de que sua experiência de vida merece ser contada, e que esta pode ser uma

oportunidade de reconstruir sentidos para sua existência. Para Kehl (2001, p.58) “(...) *se não produzimos algum fio narrativo ligando começo, meio e fim, algumas representações que nos sustentam subjetivamente perderão completamente o sentido*”. Aos estudantes está sendo oferecido um modelo de atuação profissional pautado no fato de que o usuário é a pessoa mais indicada para falar de seus problemas de saúde e atribuir significados à sua história de vida.

No decorrer dos encontros os estudantes são estimulados a compreender de forma a mais ampla possível como é o caminho trilhado pela pessoa acompanhada para contar sua história de vida: as palavras escolhidas, o modo como se refere a si mesmo e aos grupos/coletivos dos quais faz parte, as rupturas no fio narrativo que podem expressar sofrimento ou resistência. A expectativa é que os estudantes possam se deixar tocar pelo inusitado, se deixar conviver com as pessoas e perceber a complexidade de questões que envolvem a sua história de vida.

Na narrativa espera-se que a dupla não faça uma simples justaposição das informações obtidas, mas que organize as informações para apresentar a pessoa acompanhada a outro profissional de saúde, o que implica em escolhas sobre o que dizer, em que seqüência e com qual destaque. O conteúdo da narrativa deve incluir a história de vida e de saúde que se conseguiu obter; a constelação familiar; os recursos atuais com que o sujeito/família conta para viver/sobreviver; a representação que tem das razões de sua doença ou situação; as estratégias utilizadas para lidar com a doença/manter a saúde; os atendimentos e tratamentos que vêm sendo realizados; o que parecem ser as necessidades de saúde deste acompanhado. Os estudantes devem ainda estabelecer relações entre a história de vida da pessoa acompanhada, sua condição social e os seus adoecimentos, ou outras que forem possíveis.

## Relatórios finais

Além da narrativa elaborada pela dupla, os estudantes entregam, ao final do módulo, um relatório individual em que relatam e discutem a própria experiência. Os relatórios se revelaram uma “fonte” bastante interessante do processo vivenciado pelos estudantes. Reunimos cerca de 30 % desses relatórios dos anos de 2007 e 2008 e fizemos uma leitura sistemática que procurou identificar trechos relacionados com as

estratégias e os objetivos de aprendizagem no módulo. Organizamos em seguida esses trechos em três grandes grupos, que apresentamos abaixo:

## A chegada

O início dos contatos é um desafio. Embora as regiões tenham sido visitadas no primeiro ano, em atividades de campo do eixo, voltar a elas com a tarefa de entrar em casas para ouvir pessoas tende a suscitar muitas dúvidas e medo.

*“Como se deve entrar no cotidiano de uma pessoa? Estar presente, nem que seja um dia da semana, na casa de uma pessoa desconhecida? Quais sensações, sentimentos e ações isso pode provocar? Tais questões surgiram devido a um certo receio que eu tinha de estar em um ambiente totalmente estranho, o fato de não saber o que iria encontrar, se seria aceito e se isso realmente serviria para acrescentar alguma experiência para minha vida profissional como educador físico” (Ed. Física, 2007, Centro).*

*“No primeiro dia que fomos para campo, o nervosismo bateu forte, pois o meu caso que antes se encontrava como uma descrição em uma simples folha de papel passaria agora a ser uma pessoa real com quem eu deveria estabelecer contato e vínculo” (Nutrição, 2008, Centro).*

Mesmo quando já havia sido reconhecida a importância da experiência, o medo inicial foi lembrado: *“o conteúdo vivenciado e aprendido neste módulo foi de extrema importância para uma boa formação de terapeuta ocupacional... poder acompanhar uma família mesmo que não seja para intervir foi algo muito rico, apesar de ter gerado medo no início (...) A ansiedade excessiva era a única coisa que me preocupava, assim como os diversos medos acerca das proposições do que poderia ocorrer nos encontros. Tais angústias só tiveram fim quando realizei meu primeiro encontro com o caso escolhido” (T.O., 2008, Zona Noroeste).*

A preparação para o campo ocupou várias semanas de aulas, e exigiu a participação em discussões nas quais todos podiam expor suas questões e temores. O início da aprendizagem da escuta se deu, portanto, entre os pares, o que levou a um treino de paciência de todos: *“de maneira geral, senti-me bem preparada para realizar*

*o trabalho em campo, pois embora cansativas, as discussões foram bem ricas” (T.O., 2008, Zona Noroeste).*

Apesar da preparação, certo estranhamento inicial foi inevitável; e diante dele, surgia a tendência de utilizar pré-concepções, capazes de resolver o incômodo tornando-o classificável e reconhecido: *“com este trabalho as maiores dificuldades talvez tenham sido os momentos de silêncio, mas acima de tudo de lidar com o diferente, sem partir de idéias pré-fixadas como se tentássemos colocar as pessoas em padrões pré-fixados” (Psicologia, 2008, Zona Noroeste).*

*“ (...) é triste analisar a realidade das pessoas que moram naquela região e têm que conviver com períodos de maior violência...é uma realidade diferente da qual não estamos acostumados mas cujo conhecimento se tornou uma experiência rica na minha vida. Presenciar realidades diferentes quebrando barreiras e preconceitos que poderiam turvar minha visão tornou-se um grande diferencial na minha formação pessoal e profissional” (Fisioterapia, 2007, Zona Noroeste).*

Por vezes tratava-se de abandonar juízos de valor, ou ao menos não deixá-los impedir a continuidade da experiência: *“A casa encontrava-se na região das palafitas e foi naquele dia que entendi a verdadeira realidade que viviam todas aquelas pessoas. Nas primeiras visitas fiquei muitíssimo incomodada, mas à medida que aconteciam as visitas esse desconforto pôde ser minimizado. No começo era muito difícil conversar e me atentar somente à escuta, meu pensamento voava, tentava imaginar como conseguiam morar naquele lugar, tentava não mostrar meu desagrado perante o odor que sentia, tentava agir normalmente diante dos fatos que mais mexiam comigo ...naqueles momentos tive que deixar meus julgamentos de lado, minhas suposições e hipóteses baseadas em minha vivência pessoal” (T.O., 2008, Zona Noroeste).*

Sem pré-concepções, nosso conhecimento mostra-se incompleto. Perceber isso é doloroso, mas é também um bom antídoto contra a arrogância: *“Acompanhamos apenas um caso e tentamos ‘juntar as peças’, mas muitas lacunas e mistérios ficaram ocultados” (Nutrição, 2008, Zona Noroeste).* Com a largueza de não saber tudo, podia-se valorizar o ponto de vista do colega, e aprender com ele: *“percebemos que muitas vezes atentávamos a fatos diferentes e que a junção dos nossos olhares compunha um quadro mais completo... muitas vezes eu entendia algo de forma diferente da minha dupla... isso fez-me ver outras possibilidades e não afirmar verdades absolutas; passei a considerar mais hipóteses” (T.O., 2008, Zona Noroeste).*

O impacto causado pelo contato com a realidade vivida pelos moradores mostrava a importância da escuta e da observação: *“essa vivência com a realidade de vida e da doença de D. agregou-me uma experiência essencial... me fez refletir o quanto é difícil a relação profissional e usuário e a importância de escutar, observar, entender a necessidade do outro, o quanto devemos estar capacitados para isto... (Nutrição, 2008, Zona Noroeste).*

Por meio das visitas era possível conhecer os obstáculos enfrentados cotidianamente pelos moradores: *“... foi difícil subir aquela rua com uma subida demasiadamente acentuada ... foi quando começamos a conversar sobre como era difícil subir aquela rua para nós que somos novos... fiquei me questionando a dificuldade dos idosos, das pessoas com problemas de coluna, da perna ou algum problema de saúde... subíamos um pedaço e parávamos para respirar e subir novamente... não bastando a inclinação da rua, ela era estreita e não possuía calçada” (Nutrição, 2008, Morro).*

Não se tratava de afirmar a relação teórica entre saúde-doença-cuidado, condições de vida e serviços de saúde, mas de perceber, por meio de uma história concreta, o imbricamento desses fatores: *“através da escuta de um morador foi construído um olhar que percebe e não apenas descreve o contexto socioeconômico desta comunidade ....a partir das visitas de campo saímos do nosso local de estudo/trabalho e nos inserimos na vida da comunidade literalmente, conhecendo assim seu território, suas instituições e seu funcionamento, o que é essencial para o profissional de saúde” (Fisioterapia, 2008, Zona Noroeste).*

Assim, a percepção da complexidade das questões de saúde ocorria: *“...quando cheguei ao sujeito percebi com muita clareza que ali havia um mundo complexo onde certamente iríamos percorrer minimamente uma superfície”(Psicologia, 2008, Morro).* A doença mostrava-se irredutível ao seu aspecto físico: *“fiquei satisfeita com o resultado, pois conseguimos com simples momentos de escuta dessas pessoas fazê-las se sentir acolhidas e comprovar que o adoecimento ultrapassa a barreira do biológico...” (Nutrição, 2008, Morro).* Daí a surpresa negativa vivida com a leitura do prontuário: *“a observação do prontuário, após saber a densa história de D. foi frustrante, pois havia apenas algumas observações numéricas, de exames e medicamentos prescritos” (Fisioterapia, 2008, Zona Noroeste).*

Por um lado, era importante perceber que havia quem não entendesse o que estava acontecendo consigo: *“...o médico não deixou claro o que ela tinha. Ela não*

*sabia explicar o que tinha e os exames que tinha que fazer” (Fisio, 2007, Z. Noroeste). Por outro lado, conhecer o ponto de vista do acompanhado significava encontrar outras significações atribuídas aos sintomas e outras etiologias supostas para eles: “aprendi que é preciso lembrar a todo instante que há várias interpretações para a mesma doença” (Nutrição, 2007, Zona Noroeste).*

Em síntese, a afirmação da importância de tais habilidades era aceitável intelectualmente, mas a vivência das visitas dava-lhe uma força incomparável de convencimento: *“Desde o início do módulo foi ressaltada a importância de ter capacidade de escutar, observar e entender o paciente. Muitos textos enfatizavam o valor que tem o vínculo e a confiança em uma relação terapêutica. No entanto, só pude ‘sentir’ o quanto estabelecer esse contato é importante para um profissional de saúde e para o desenvolvimento de seu trabalho após conhecer V. e conquistar um pouco da sua confiança” (Fisioterapia, 2007, Centro).*

#### O desenvolvimento do trabalho

O primeiro encontro, por vezes, mostra que a relação deverá ser construída, não se dando de forma imediata; e, mais importante, que é no contexto dessa relação que se fará o cuidado em saúde: *“Não ter conseguido estabelecer um diálogo na primeira visita, porém, foi, de certa forma, importante para mim. Fui aos poucos percebendo que se eu não ganhasse a confiança dela, ela nunca se sentiria à vontade para contar sua história, e sem conhecer sua história eu não poderia compreender suas dificuldades. Como então eu poderia ajudá-la sem ter estabelecido qualquer vínculo? A partir daí comecei a ‘sentir’ a importância de uma boa relação terapêutica para um desenvolvimento adequado de um serviço de saúde” (Fisioterapia, 2007, Centro).*

Na prática, muitas situações eram imprevistas, de modo que não se tratava de saber antes o que fazer, o que representaria estar de posse de modelos técnicos rígidos, mas aprender a decidir como agir a partir do acontecimento: *“...Entendi que lidar com as situações só é aprendido no ato de vivenciá-las, pois não temos a capacidade de prever todos os fatos e muito menos imaginar uma reação precisa a cada um deles” (T.O., 2008, Zona Noroeste). Não se tratava de negar a importância do conhecimento técnico, mas de perceber a necessidade de que ele pudesse combinar-se com o conjunto dos demais aspectos que compõem o cuidado em saúde: “absorvi que o conhecimento técnico isolado tem pouca repercussão no atendimento ...precisa-se criar vínculo e ter*

*uma boa comunicação para o diagnóstico e tratamento serem eficazes” (Fisioterapia, 2008, Morro). Senão, corre-se o risco de fazer orientações e prescrições terapêuticas impraticáveis: “seu médico recomendou que ela caminhasse todos os dias meia hora, mas M. morava no morro e era bastante complicado andar para comprar mantimentos, imagine para se exercitar” (Nutrição, 2008, Morro).*

Com esta visão ampliada sobre o paciente, sua história e vida, os diagnósticos já estabelecidos, por vezes, mostravam-se bem pouco precisos: *“após os encontros percebemos o quanto é importante não olhar o sujeito de uma forma reducionista. Apesar de ter sido diagnosticada com depressão, durante nossas visitas não foi o que percebemos... no caso de M. a paraplegia e seu contexto de vulnerabilidade econômica foram certamente utilizados para fazer o diagnóstico de depressão.... todavia constatamos que se trata de uma senhora que a vida exigiu muito e parece ter sido fortalecida nisso” (Psicologia, 2008, Morro). Ou a própria relação estabelecida sugeria esse questionamento: “nas últimas visitas seu semblante foi mudando gradativamente, estava cada vez mais agradável e receptiva; começou a falar mais, querendo contar fatos de sua vida ... a cada encontro ela parecia se sentir mais à vontade ... talvez o diagnóstico de depressão poderia estar equivocado“ (Nutrição, 2008, Morro).*

Várias referências foram feitas sobre a potência percebida do trabalho clínico: *“foram experiências únicas em minha vida, me senti estimulada com tudo... ao longo das visitas me sentia como num labirinto procurando uma saída para ajudar I...; depois pude perceber que nossa conversa não era em vão e que I. refletia sobre o que falávamos” (Nutrição, 2008, Zona Noroeste). Encontramos ainda menções a capacidades desenvolvidas, como a de lidar com situações incômodas: “a atividade do módulo ressignificou minha idéia de atendimento clínico, pois o que imaginava foi bem diferente do que vivenciei na prática do trabalho em saúde... hoje entendo que um dos motivos da eficácia de um projeto de intervenção advém de um grande processo de escuta do profissional... escuta essa permeada por momentos confortáveis e desconfortáveis... o saber lidar com os momentos desconfortáveis foi algo que conquistei neste pequeno processo de visitas.” (T.O., 2008, Zona Noroeste). Mas também pôde-se aprender com os acompanhamentos que não conseguiram completar-se: “este semestre foi repleto de informações teóricas e práticas ... passamos por diversas experiências que, para mim, apesar de não ter sido a melhor e nem a que eu esperava, contribuiu para aprender que as pessoas não são como nós queremos... eu tive um grande amadurecimento” (T.O., 2008, Morro).*

A escrita da narrativa, ela própria, apresentava o desafio de reunir informações relevantes e apresentar a história da pessoa, mas sem revelar o que pudesse prejudicá-la de algum modo; tal questão ética pôde ser percebida por mostrar-se no contexto de uma relação de confiança: “...é um processo complexo escrever sobre a vida de uma pessoa que conhecemos em tão pouco tempo, sem expor, tomando os devidos cuidados, mas também, ao mesmo tempo, colocando fatos importantes, suavizando alguns detalhes, omitindo outros, pois assim que nos foi pedido, escrever algo sem quebrar o laço de confiança que construímos” (Nutrição, 2008, Morro). Mas a montagem da história, a concatenação dos fatos e acontecimentos de saúde ajudou também no estabelecimento dos nexos, dos quais se alimenta o raciocínio clínico: “como o objetivo era escrever dados relevantes sobre o personagem para informar outro profissional de saúde, buscamos falar das dificuldades que a senhora passou ao longo de sua vida, o sofrimento, a mudança em seu dia a dia após a doença, o que isso significou para ela e como vive atualmente... construir a narrativa foi algo muito bom de fazer... trabalhou o nosso raciocínio clínico” (T.O. 2008, Morro).

#### Os efeitos percebidos

A avaliação da experiência pelos alunos fez destacar alguns de seus efeitos na própria formação. Um deles diz respeito à necessidade de não tomar apenas a demanda imediata como parâmetro para ação: “Com certeza durante minha prática profissional, independente da pessoa que estiver atendendo, lembrarei dessa vivência e poderei fazer um bom atendimento e obter um melhor resultado, considerando a pessoa atendida dentro de um contexto de vida e analisando não somente a demanda imediata, mas suas necessidades de saúde” (Nutrição, 2007, Centro). Houve também a impressão de que o campo sensível foi ampliado: “foi essencial fazer esse trabalho em saúde, tanto pela nossa sensibilidade que se alargou mais, quanto a de M., que já nos chamou para visitá-la em outras ocasiões... saber como mergulhar na história de vida do outro é um exercício para a vida toda que aqui só começamos” (Psicologia, 2008, Morro).

Um efeito mútuo de transformação pelo trabalho realizado também foi percebido: “...em toda esta experiência a sensação é de transformação. Transformação de minha subjetividade, da de M. também. Essa vivência convergiu para um vínculo terapêutico único em que entrevistado e entrevistador são afetados” (Psicologia, 2007, Zona Noroeste). “...Eram encontros que deixavam uma marca de cada vez, o que foi

*transformando coisas tanto em nós, alunas, quanto nela, que via sua história escrita num papel, contada por alguém que a escutou nos detalhes durante cinco visitas..” (Psicologia, 2008, Morro).*

Mas talvez as mais fortes impressões tenham vindo das reações à leitura das narrativas: “...perguntamos se ela gostaria de ficar com uma cópia da narrativa. Ela disse que sim, afirmando que aquilo não tinha preço pois era a história da vida deles... ela pedirá para alguém ler para o seu marido” (Nutrição, 2008, Morro). “...eu observava atentamente as reações de D. ao escutar a sua história. Foi impressionante sua reação, aquela expressão rude que havia nos demonstrado estava escondida atrás de um olhar cheio de lágrimas que escorriam no final da leitura... ela me abraçou de uma maneira tão intensa que eu me emocionei, não conseguia entender o que estava sentindo” (Fisioterapia, 2008, Zona Noroeste).

Por vezes, o espelho da narrativa fazia com que a pessoa descobrisse outra imagem de si: “ao final da leitura ela disse que não era tudo aquilo, que tínhamos mostrado uma pessoa M. mais do que realmente era; talvez nesse momento ela tenha se dado conta de quão importante é, de tudo que fez e do quanto batalhou” (Nutrição, 2008, Morro).

Durante o processo das visitas e nos relatórios foi mencionada a preocupação de que os encontros teriam um fim. Terminar as visitas, mesmo conforme o contratado desde o início aparecia como uma forma de abandono: “...que buraco nós deixaríamos naquelas pessoas, que estão vivendo sua vida e, de repente, alunos chegam da Universidade para escrever suas histórias e colocá-las no prontuário médico? Sendo que depois de atingido o objetivo nós vamos embora simplesmente... vale a pena refletir sobre um término para essas visitas, ...principalmente para que eles não se sintam apenas um objeto de estudo” (Psicologia, 2008, Morro).

Uma certa sensibilidade social também foi referida, mesmo em quem parecia não estar inicialmente interessado nela: “Todas as visitas me fizeram refletir e pensar em não apenas trabalhar pelo dinheiro, mas também por amor à profissão, e para que eu possa ajudar quem não tem acesso a um serviço de qualidade, principalmente na área da educação física” (Ed. Física, 2007, Centro). Outra menção importante diz respeito ao Projeto Político-Pedagógico, e à sensação de que ele se reafirmava nesse trabalho de campo: “são atividades como essa que nos mantêm motivadas para acreditar no projeto pedagógico multidisciplinar que conheci em 2006, apesar de

*perceber que há uma hegemonia do eixo biológico em relação aos outros eixos” (Psicologia, 2008, Zona Noroeste).*

Finalmente, é instigante perceber a relação, feita por um estudante, da condição pré-especialização em que se encontram no segundo ano e a abertura à alteridade e complexidade que tal condição permite. Trata-se de uma boa compreensão do que temos chamado de “clínica comum”: *“Percebi que, apesar da pouca formação específica de psicologia que obtive até agora, foi completamente possível ir a campo e obter uma resposta positiva. Essa ‘pouca formação’ pode ser inclusive enriquecedora, já que nos permite ver os problemas não com um olhar de psicólogo, mas como um olhar de futuro psicólogo, atuando ao lado de futuros educadores físicos, futuros nutricionistas, etc. Esse trabalho pré-especialização é enriquecedor justamente por não nos deixar limitados unicamente à nossa área de atuação, mas sim abertos à complexidade do indivíduo” (Psicologia, 2007, Centro).*

A riqueza de questões que emergiram do desafio de construir as narrativas de vida a partir das convivências dos estudantes com pessoas que apresentam condições de vida diferentes das suas indicam a potencialidade das estratégias de propostas para formar profissionais mais preparados para a produção do cuidado integral.

### **Referências Bibliográficas**

AROUCA, A .S. O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 329 p. 1975 (Tese de Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CAMARGO J. K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. Physis-Revista de Saúde Coletiva, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde: prática clínica como assistência e criação. In: Marins, J. J. N.; Lampert, J.; Correa, G. A. Transformação da educação médica. São Paulo, Ed. Hucitec, 2004.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (org.) Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ:ABRASCO, 2005, pg 69-92.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1979.124p.

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas, e as propostas do Ministério da Saúde. Rev ABENO. São Paulo, 2003; 3(1): 24-27.

GREENHALGH, T. & HURWITZ, B. Narrative based medicine Why study narrative? In Education and debate. BMJ, Volume 318, 2, January, 1999. www.bmj.com

KEHL, Maria R. Minha vida daria um romance. In BARTUCCI, G. (org.) Psicanálise, Literatura e Estéticas de Subjetivação. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2001.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo : Ed. Hucitec, 1994.

MERHY, E.E Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface – comunicação, saúde, educação. Revista da UNESP de Botucatu, São Paulo, v. 6, p.109-125, fev. 2000.

\_\_\_\_\_. Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo : Ed. Hucitec. 2002. 189p.

\_\_\_\_\_ & FRANCO, T. Trabalho em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006: 276-288.

SCHRAIBER, L. B. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalistas. São Paulo : Ed. Hucitec, 1989.

\_\_\_\_\_. O médico e seu trabalho. Limites da liberdade. São Paulo: Ed. Hucitec, 1993

SILVA JÚNIOR., A. G. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva. São Paulo : Ed. Hucitec, 1998.