



**Análise do cuidado no Projeto Terapêutico em um projeto de ensino**

**Luane Cristina de Souza Bastos**  
**Santos- 2011**

**Luane Cristina de Souza Bastos**

**Análise do cuidado no Projeto Terapêutico de usuários  
do serviço de saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso para  
obtenção de grau de psicóloga pela  
Universidade Federal de São Paulo -  
Baixada Santista.

**Orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Inês Badaró Moreira.**

**Santos- 2011**

Bastos, Luane Cristina de Souza.

Análise do cuidado no Projeto Terapêutico em um projeto de ensino / Luane Cristina de Souza Bastos – Santos, 2011.  
48f.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -  
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – Campus  
Baixada Santista, 2011.

Curso: Psicologia

Orientador: Maria Inês Badaró Moreira

1. Cuidado em Saúde 2. Formação em Saúde 3. Formação  
com enfoque prático e problematizador 4. Formação do psicólogo  
com enfoque em saúde.

I. Orientadora (Badaró Moreira, Maria Inês) Unifesp – Campus  
Baixada Santista.

CDD150

Nome: BASTOS, Luane Cristina de Souza.

Título: Análise do cuidado no Projeto Terapêutico de usuários  
do serviço de saúde

Trabalho de Conclusão de Curso para  
obtenção de grau de psicóloga pela  
Universidade Federal de São Paulo -  
Baixada Santista.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

A familiares, a companheira orientadora Maria Inês, a amigos e aos bons encontros feitos ao longo de minha existência.

Aos amores e desamores enfrentados na vida; a mão erguida, a palavra amiga, as buscas.

Agradeço a oportunidade de (re)começar sempre.

## Epígrafe

Tocando em frente

*Ando devagar porque já tive pressa  
e levo esse sorriso, porque já chorei demais.*

*Hoje me sinto mais forte,  
mais feliz quem sabe*

*Eu só levo a certeza de que  
muito pouco eu sei, ou nada sei.  
Conhecer as manhas e as manhãs  
O sabor das massas e das maçãs*

*É preciso amor*

*Pra poder pulsar*

*É preciso paz pra poder sorrir*

*É preciso a chuva para florir*

*Penso que cumprir a vida*

*Seja simplesmente*

*Compreender a marcha*

*E ir tocando em frente*

*Como um velho boiadeiro*

*Levando a boiada*

*Eu vou tocando os dias*

*Pela longa estrada, eu vou*

*Estrada eu sou*

*[...]*

*Todo mundo ama um dia,*

*Todo mundo chora*

*Um dia a gente chega*

*E no outro vai embora*

*Cada um de nós compõe a sua história*

*Cada ser em si*

*Carrega o dom de ser capaz*

*E ser feliz.*

Composição: Almir Sater e Renato Teixeira.

## Resumo

A busca de novas formas de cuidado em saúde nos coloca diante de um contexto de mudanças e desafios. Nesse sentido, faz-se necessário a construção e a discussão de recursos que viabilizem propostas de intervenções que sejam centradas no indivíduo e na sua história. O Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo proporciona uma formação profissional comprometida com atuações críticas e potencialmente transformadoras da realidade social, com maior capacidade para atender as necessidades de saúde da população e oferecer uma atenção integral. Prioriza a formação para o trabalho em equipe (educação interprofissional) e a integralidade da atenção. O objetivo desta pesquisa foi analisar o cuidado a partir da investigação da construção e elaboração do projeto terapêutico, partindo de concepções construídas por docentes e discentes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com docentes e grupo focal com discentes dos cinco cursos (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia, Educação Física). O intuito desse trabalho é ampliar a discussão em relação às concepções que docentes e discentes tem do cuidado integral e do trabalho interprofissional. Os dados revelam que a utilização e a construção do projeto terapêutico contemplam uma importante função pedagógica, a oportunidade de debate tanto entre os alunos responsáveis pela construção do projeto quanto com o paciente. As entrevistas também trazem a idéia do projeto terapêutico como sendo ações a serem articuladas em resposta a uma situação de saúde, e que as respostas também contenham preocupações com gestão desta atenção e não apenas com a atenção assistencial e paternalista. Por outro lado, no grupo focal com os discentes muitas dúvidas e contradições foram levantadas, desde não identificação com a proposta de cuidado até a falta de aprofundamento, como apoio matricial, cuidado integral, trabalho comum e específico e atenção básica. Os dados contribuem para a ampliação da discussão e contribuímos com a investigação do cuidado com o usuário do Sistema Único de Saúde e com a formação dos profissionais de saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** Cuidado em Saúde, Formação em Saúde, Formação com enfoque prático e problematizador, Formação do psicólogo com enfoque em saúde.

## Sumário

1. Introdução .....	09
2. Objetivo Geral e Específico.....	15
3. Método.....	16
3.1 Procedimento.....	17
4. Aspecto ético.....	19
5. Análise de dados.....	20
5.1 Aprendizagem pautada na prática e na problematização e o papel do docente.....	22
5.2 O comum e o específico.....	26
5.3 Trabalho interprofissional.....	29
5.4 O cuidado em saúde.....	33
6. Considerações finais: Graduanda, pesquisadora, devir cartográfica.....	38
7. Referências Bibliográficas.....	40
8. Anexos.....	45
8.1 Termo de consentimento livre e esclarecido para docentes e discentes.....	45
8.2 Questões norteadora para entrevista semi-estruturada e grupo focal.....	48



## 1. Introdução

A Constituição de 1988 ficou conhecida como Constituição Cidadã, e nela contem as diretrizes que instituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Essas diretrizes mudaram alguns princípios em saúde, tais como: universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, equidade e integralidade na assistência (conjunto articulado e contínuo das ações e serviços) e participação da comunidade a partir da Lei 8080 (BRASIL, 1990).

A partir disso, as ações e serviços em saúde foram revistos em um momento em que a sociedade lutava pela redemocratização e justiça, portanto, a constituição de 88 priorizou o atendimento integral e a participação da comunidade na saúde pública.

Sendo assim, começou-se a trabalhar o cuidado e a atenção em saúde na forma de rede. Contudo, o ato de cuidar implica em compreender a saúde de maneira global, levando em consideração o modo de vida das pessoas (Bezerra et al, 2009), tendo o compromisso de realizar uma melhor escuta e de contextualizar as necessidades de saúde.

A proposta do cuidado nas diretrizes do SUS leva em consideração uma prática entendida não apenas como mero 'fazer', mas como produtora de uma outra realidade e de uma outra cultura, tendo que lidar com preconceito social (Amarante, 2000).

Um caminho possível para transformar o cuidado fragmentado, segundo Merhy (2008), é a desconstrução do agir profissional pautado nas áreas bem delimitadas e especializadas. O olhar "centrado no procedimento" não leva em consideração um sujeito de desejos, de capacidades, possibilidades e saberes, e desconsidera a participação do mesmo em seu projeto de saúde (Muramoto & Mângia apud Merhy, 2008). Merhy (2008) propõe-nos, ainda, que encaremos o cuidado como uma experiência de (re)invenção da saúde como bem público e potência de luta a serviço da vida individual e coletiva.

A reforma sanitária brasileira (movimento inspirador das propostas do SUS) teve, dentre tantas inspirações, o movimento de revolução sanitária italiana, com o qual Franco Basaglia contribuiu imensamente através da sua experiência de direção no Hospital Gorizia. O psiquiatra Franco Basaglia, ao entrar mais em contato com a complexidade das condições do hospital psiquiátrico, percebeu que investir somente na humanização do trabalho dos profissionais de saúde não era suficiente, logo, teria

que levar em consideração as tensões que atravessam a assistência psiquiátrica e as relações da sociedade com a loucura (Amarante, 2000).

A experiência de Basaglia faz com que todas as "instituições" que transpassam o ambiente hospitalar, ou seja, principalmente os profissionais de saúde e seus acompanhados, questionem a si próprio e aos outros. No entanto, o objetivo primordial da reforma foi a busca da liberdade de todos esses envolvidos. Liberdade essa que é buscada nas terras brasileiras também, e que ao ser investida é trabalhada com cuidado para que os sentimentos de devotamento e gratidão, dos usuários para com os profissionais de saúde, não sejam alimentos para a máquina faminta da "sujeição alienante" (Basaglia, 2005).

O processo de desinstitucionalização coloca no foco das intervenções em saúde o indivíduo social e re-significa a sua complexidade, além de enfatizar a invenção da saúde e a participação do indivíduo no seu planejamento de vida (Rotelli, 1990). Os sintomas das doenças ganham outras re-significados e não representam, somente, simples sinais de um patologia, mas sim uma história única de vida (Rotelli, 1990).

Todo o processo de desinstitucionalização afeta várias instâncias profissionais, assim como o corpo da psiquiatria, gerando reflexões sobre o saber/poder do profissional de saúde e sobre as relações paternalistas e os vínculos de autoridade que fortalecem as atitudes reducionistas e fragmentadas dos "cuidadores".

Uma pesquisa importante e um divisor de águas sobre este tema foi o estudo realizado por Abraham Flexner. Essa pesquisa contribuiu com grandes avanços, dentro de sua época, porém, nos dias de hoje percebemos necessitar de mais avanços.

Aproximadamente por 18 meses, Flexner realizou um estudo, iniciado em 1908 nos EUA e Canadá, gerando, assim, o Relatório de Flexner. A partir desse relatório, muitas mudanças ocorreram nas instituições de ensino médico avaliadas. A situação nas escolas médicas era caótica. Como não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina, havia grande proliferação de escolas médicas, com abordagens terapêuticas diversas. As escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, critérios de admissão e tempo de duração diferenciado e independente de fundamentação teórico-científica (Flexner, 1910).

Ao término de seu trabalho, ocorreram alterações no ensino para a formação de médicos, tais como: ênfase em laboratórios e nos ambientes hospitalares, fragmentação em disciplinas e estímulo para a especialização. Se, por um lado, o

trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde. O grande mérito da proposta de Flexner era a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma racionalidade científica no contexto da época. No entanto, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou outros fatores que afetavam profundamente a educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde (Pagliosa & Ros, 2008). A contribuição de Flexner não permeou só o território da medicina mas, também, a medicina preventiva, saneamento e saúde pública (Beck, 2004).

Para Franco e Merhy o Relatório Flexer foi mais do que uma reforma no ensino médico, ele reorientou a educação médica nos Estados Unidos e colocou-a sob a centralidade da pesquisa biológica. Ajudou, ainda, no investimento em uma clínica centrada no corpo "anátomo-fisiológico", formando, a partir disso, uma forte referência para o mundo sobre o que deveria ser o processo de trabalho em saúde (2010).

Pesquisas realizadas no *Center for Quality of Care Research and Education, Harvard School of Public Health*, mostra-nos a realidade dos Estados Unidos, o qual investe na terceirização do controle de qualidade do cuidado em saúde, além de excluir o próprio usuário do serviço nesse processo, importando-se mais com programas que possam controlar esse cuidado, de forma fria e distante do contato humano. Exemplificando, assim, a abstração dos atores sócio-ambientais e das subjetividades, nas análises no campo de estudo (Wareham, 1994).

Nas últimas décadas esses temas têm sido evidenciados em vários estudos que apontam a influência da "ciência da racionalidade e da doença". Essas pesquisas sinalizam uma relação objetiva entre o profissional e a pessoa, ressaltando, assim, somente a patologia que o indivíduo traz. O objetivo da intervenção acaba se restringindo ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e de seu sofrimento, desencadeando uma concepção, do processo saúde-doença, reduzida ao biológico, excluindo aspectos subjetivos e sociais.

As tantas inadequações para responder aos problemas de saúde da população levam a uma série de movimentos de reformas no ensino, e as novas diretrizes curriculares do Campus Baixada Santista visam completar essas lacunas, tendo o intuito de levar em consideração que se trata de construir não somente estratégias de

integração entre os cursos, mas de integrar a produção de conhecimento à sociedade, suas demandas e forças transformadoras.

Assim, o Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo propõe uma formação para seus alunos dos seis cursos – Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social- com uma proposta político-pedagógica que visa a formação desses profissionais comprometidos com atuações consistentes, críticas e potencialmente transformadoras da realidade social, com maior capacidade para atender as necessidades de saúde da população e mais preparados para oferecer uma atenção integral e eficiente, priorizando, também, a educação interprofissional, as discussões e as vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde e a formação para o trabalho em equipe e para a integralidade da atenção.

A proposta político-pedagógica do campus pode ser considerada inovadora e vem sendo colocada em prática desde 2006, gerando assim, ao longo do tempo, várias discussões entre docentes e discentes.

A estrutura curricular de todos os cursos é dividida em quatro eixos: Aproximação a uma Prática Específica em Saúde (trabalha as questões específicas de cada curso), O Ser humano e sua dimensão Biológica (constitui-se em dois núcleos: um núcleo comum de conhecimentos necessários para todos os cursos propostos - conhecimento biológico necessário para atuação na área da saúde- e o outro núcleo específico de aprofundamento a partir das necessidades de cada curso), O Ser Humano e sua Inserção Social (IS- tem como objetivo compreender o surgimento das ciências humanas como área de conhecimento e sua relação com a área da saúde) e Trabalho em Saúde (TS- tem como objetivo compreender as dimensões envolvidas no processo saúde-doença e na produção do cuidado, conhecer o sistema de saúde vigente no país, além de conhecer as diversas profissões e construir uma visão crítica sobre a produção de conhecimento científico e da área da saúde) (Unifesp, 2006).

O eixo TS tem ligação direta com a proposta do campus e visa possibilitar uma visão abrangente do processo saúde/doença/cuidado, preconizando a integração com redes de serviços de saúde e com a comunidade, a vinculação com a prática e a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão (tripé do projeto político pedagógico do campus). Dividido em módulos, com duração de seis meses cada, o eixo TS discute sobre reconhecimento de território (Morros e Zona Noroeste da cidade de Santos),

equipamentos de saúde, trabalho em rede, equipe interprofissional, apoio matricial, cuidado integral, SUS, entre outros assuntos que diz respeito a saúde pública.

O primeiro módulo, *Saúde como processo: contextos, concepções e prática I*, tem como estratégia pedagógica a busca da desconstrução de pré-conceitos que permeiam o senso comum dos alunos, iniciando, assim, um processo crítico da construção do saber, além de discutir concepções de saúde e doença. Isso ocorre com visitas a territórios como Morros e Zona Noroeste da cidade de Santos, possibilitando o reconhecimento das reais condições de vida da população da região.

No segundo semestre o módulo, *Saúde como processo: contextos, concepções e práticas II* tem como objetivo discutir o sistema de saúde vigente em nosso país (constituição histórica, princípios e diretrizes) e analisar a evolução da racionalidade clínico-epidemiológico.

No terceiro módulo, *Práticas clínicas integradas: análise de demandas e necessidades em saúde*, é visada a compreensão das necessidades de saúde das famílias e dos recursos e serviços de saúde utilizados, e, assim, desenvolver a escuta, o vínculo e experienciar uma prática clínica comum aos diversos cursos.

No quarto módulo, *Clínica integrada: atuação em grupos populacionais*, os alunos realizam atividades de prevenção e promoção a saúde com diferentes grupos populacionais (idosos, crianças, mulheres, trabalhadores, etc) da cidade de Santos, nas regiões dos morros e da Zona Noroeste, trabalhando conjuntamente alunos dos distintos cursos, construindo, assim, equipes interdisciplinares.

No quinto módulo, *Clínica integrada: produção do cuidado*, objetiva o exercício de um trabalho articulado/integrado entre diferentes. Este módulo investe na vivência dos estudantes quanto ao trabalho em equipe e à complexidade das ações a serem realizadas (individuais ou coletivas). As atividades são elaboradas e organizadas a partir do Projeto Terapêutico. É importante também que os estudantes possam compreender o modo de funcionamento do serviço/instituição onde irão desenvolver as atividades (organização geral, equipe envolvida, as atividades realizadas) (Unifesp, 2006).

A educação interdisciplinar e interprofissional proporcionada pela UNIFESP-Baixada Santista, pretende quebrar estruturas mais tradicionais de ensino em saúde, que são pautadas na formação específica. Para alcançar isso, investe-se na constituição de um profissional que esteja comprometido com um trabalho ético, crítico e

potencialmente transformador que trabalhe em equipe interdisciplinar e articule com a rede pública de saúde.

A distribuição do cuidado em saúde sofreu modificações importantes. O acesso à saúde é considerado hoje um direito social, uma vez que há também o maior acesso às informações em saúde. Ocorreu uma mudança nas expectativas e exigências da população quanto às condições de oferta dos serviços, trazendo modificações importantes nas relações entre o médico e o paciente (Pagliosa & Ros, 2008). Desta forma, devemos atentar ao modo de fazer saúde e os componentes que serão utilizados, como acessibilidade, tecnologias escolhidas, fatores subjetivos e, principalmente, o vínculo construído com o usuário (Campos & Guarido apud Paim, 2007). Devemos, portanto, refletir sobre o desenho que vem sendo construído no âmbito da atenção à saúde.

Podemos, dessa forma, investigar a construção de um Projeto Terapêutico que seja pautado nas necessidades dos usuários, não mais na fragmentação das ações técnicas específicas, assim contribuindo para o processo de defesa da vida e para construção de um novo paradigma de assistência.

Pela complexidade do campo, gera-se grande interesse de pesquisadores da área de formação para a saúde e na investigação a atenção integral. Por isso, proponho a análise do cuidado a partir da construção de Projetos Terapêuticos de estudantes que estejam passando pelo último módulo do Eixo TS (módulo que possibilita aos discentes trabalhar questões pertinentes ao cuidado territorializado, realizar visitas a serviços de saúde, além de avançarem na intervenção). Assim, essa pesquisa objetivasse investigar e analisar o cuidado na construção, elaboração e estruturação do projeto terapêutico dos usuários atendidos pelos alunos do campus e, assim, contribuir com a ampliação do debate sobre este importante tema.

## **2. Objetivos**

### **Geral**

Investigar o cuidado a partir da construção e a elaboração do Projeto Terapêutico dos usuários do serviço em saúde, tanto na perspectiva do docente quanto na do discente que integram o módulo Clínica Integrada: produção de cuidado.

### **Específico**

Investigar como os docentes e discentes compreendem o Projeto Terapêutico;

Investigar como foi estruturado o projeto terapêutico, trabalhando em equipe interdisciplinares;

Conhecer a participação do usuário em seu próprio projeto;

Conhecer como os diferentes saberes se conjugam na elaboração do projeto.

### 3. Método

O presente trabalho desenvolveu seus objetivos utilizando a pesquisa qualitativa, que busca "traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre teoria e dados, entre contexto e ação" (Neves, 1996). Ela possibilita trabalhar com procedimento de cunho racional e intuitivo, e assim, avançar nas análises dos fenômenos.

Os estudos qualitativos partem da suposição de que seja mais apropriado empregar a perspectiva da análise fenomenológica (Neves, 1996).

A cartografia também fez parte do processo de levantamento e análise de dados, mas, sobretudo, da conduta da pesquisadora. Como todo cartógrafo, é importante levar no bolso um princípio, ou melhor, um antiprincípio, obrigando a mudar, a cada encontro, de princípio (ROLNIK, 1989). Não busca-se por definições, muito menos por caminhos lineares, buscasse encontros, [...] *Trata-se de um gesto de deixar vir* (Kastrup, 2007, pág. 16). Contudo, o levantamento de dados consiste em produzir os dados no processo de efetuação, *o que resulta em um produção real* (Lieberman, 2007, pág. 23).

Para proporcionar a abertura aos encontros e o gesto de deixar fluir, característica do cartógrafo, foi escolhido duas ferramentas na produção e levantamento dos dados. Foi utilizado entrevistas semi-estruturadas com os docentes, uma vez que essa direciona a conversa, possibilita trabalhar conteúdos pertinentes a pesquisa. Foi realizado quatro entrevistas, sendo gravadas em áudio e transcritas posteriormente.

Outro instrumento utilizado na pesquisa foi o grupo focal com os discentes, pois possibilitou "a obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão" (Gatti, 2005, pág. 11), permitindo emergir uma multiplicidade de pontos de vista, além de ter como objetivo a captação de conceitos, sentimentos, crenças e reações, por meio das trocas no grupo (Gatti apud Morgan e Krueger, 2005).

O grupo focal é vantajoso, no âmbito da elaboração dos "conteúdos cognitivos, emocionais, ideológicos, mais coletivos, portanto, menos idiossincráticos e individualizados" (Gatti, 2005).



### 3.1 Procedimento

O módulo escolhido para entrevistar docentes e discentes tem a seguinte configuração na sua organização: há oito lugares (nas regiões de morro e zona noroeste de Santos) que docente e discentes são distribuídos para realizarem suas atividades; consistem em UBS, creche, abrigo, Núcleo de Apoio Psicossocial, hospital, PSF e Centro de Convivência. Dentro desses lugares, há equipes de alunos que fazem visitas e elaboram projetos terapêuticos no período de seis meses. O módulo escolhido utiliza o projeto terapêutico para desenvolver as propostas do mesmo.

Foram sorteados, aleatoriamente, quatro discente. Os quatro foram informados da pesquisa e convidados por correio eletrônico a participarem da grupo focal.

Os alunos que participaram do grupo focal estavam matriculados no módulo Clínica Integrada: produção do cuidado no ano de 2011. O grupo focal ocorreu na região da Ponta da Praia, na cidade de Santos, na sala dezenove às onze horas.

No grupo focal também estava presente uma facilitadora (no caso a própria pesquisadora) com a tarefa de introduzir o tema, propor algumas questões pertinentes e garantir aos participantes o não afastamento do tema, possibilitando a participação de todos. As perguntas norteadoras utilizadas no grupo focal esta na página 47.

Com os docentes, ocorreu um sorteio aleatório resultando em quatro participantes para as entrevistas semi-estruturada. Foram convidados a participar da entrevista semi-estruturada por correio eletrônico. Duas das quatro entrevistas realizadas ocorreram no primeiro semestre de 2011 e as outras duas no segundo semestre do ano. Os docentes sorteados estavam supervisionando as atividades dos estudantes, divididos nas oito regiões.

Tanto as entrevistas quanto o grupo focal foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente, e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (encontrado na página 45).

Para a análise de dados foi feita a transcrição das gravações em áudio e uma leitura incessante, ressaltando partes importantes do discurso dos participantes. Essas ressalvas foram organizadas em cinco categorias, tais como: Aprendizagem pautada na prática e na problematização e o papel do docente, O comum e o específico, Trabalho

interprofissional, Novos profissionais - profissionais de saúde formados na UNIFESP  
Baixada Santista e O cuidado,

#### **4. Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado no Núcleo de Bioética do Campus da Baixada Santista da UNIFESP, tendo este número de identificação NBBS 033/11.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, e que se tratava de um estudo regido por princípios éticos, e as informações tiveram todo sigilo, não identificando nome e dados dos participantes nas análises de dados.

A participação foi voluntária e em qualquer momento o participante pode desistir do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo.

Não houve despesas, compensações ou benefícios diretos na participação.

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para docentes e discentes (página 45), contemplando as exigências da Resolução 196/1996, do Ministério da Saúde. Em qualquer etapa da pesquisa, o participante teve acesso ao responsável do estudo. Caso tivesse alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, puderam entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Botucatu, 572, 1º andar, cj. 14, São Paulo, telefone (11) 5571-1062, e-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br)

## **5. Análise de dados**

Ao propor encontros, entrevistas semi-estrutura e grupo focal, foi discutido o projeto terapêutico construído no módulo Clínica Integrada: produção de cuidado com quatro docentes e quatro discentes, utilizando a ferramenta da entrevista semi-estruturada com os docentes e o grupo focal com os discentes.

A análise foi feita a partir das falas dos participantes que foram trabalhadas em conjunto com a literatura atual da área.

Será sigiloso a identificação nas falas dos participantes. As falas receberam as siglas "D" quando for fala de docentes e pela sigla "E", quando for de estudante.

A partir da leitura e análise das falas dos participante foi levantada várias categorias e estas serão discutidas posteriormente a descrição do cenário.

### **Descrição do cenário**

As intervenções feitas pelos estudantes, no módulo em questão (Clínica Integrada: produção de cuidado), são realizadas em duas regiões da cidade de Santos-SP, Zona Noroeste e Morros.

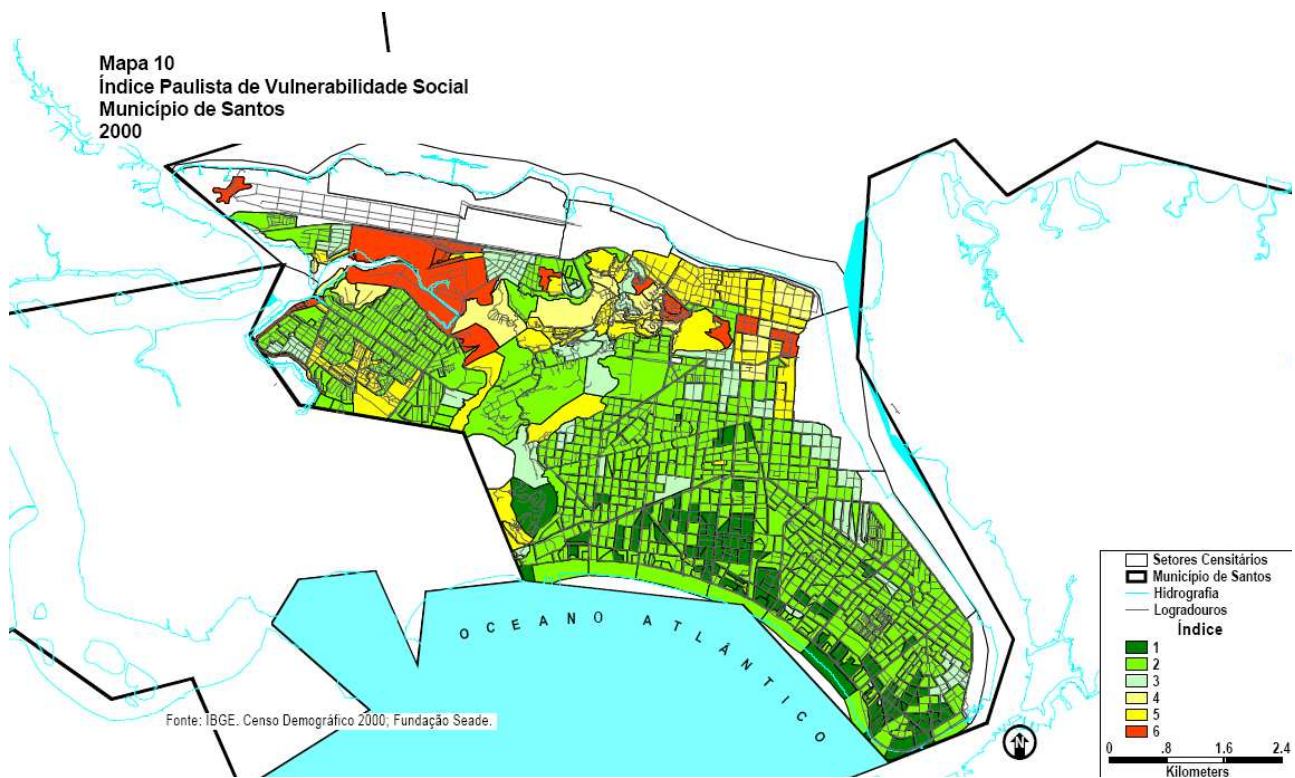
As duas regiões da cidade caracterizam-se por um local heterogêneo que recebeu um enorme contingente populacional advindo do movimento migratório que ocorreu no país nos últimos cinquenta anos.

Na Zono noroeste tem um número significativo de pessoas que vivem em situação de risco e vulnerabilidade social e de saúde, especialmente pela presença de favelas, sendo a maior parte dos indivíduos moradores de palafitas (casas construídas sobre o mangue), sem acesso a saneamento e infra-estrutura básica.

Nos morros a situação também é de vulnerabilidade social e de saúde, além de ser o foco do tráfico de drogas na cidade. O acesso aos morros são feitos por escadarias, impossibilitando a entrada de ambulâncias e viaturas da policia, assim como, a saída de pessoas acamadas. Em casos graves, o qual o indivíduo não conseguiu descer as escadarias, alguma equipe de saúde tem que se direcionar até a residência.

Quanto ao Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, a região noroeste de Santos (identificada pelas porções vermelhas, no mapa a seguir), destaca-se pela presença de bolsões de nível 4, 5 e 6 que, em ordem crescente, significam aumento de vulnerabilidade. O grupo 6 descreve condições de vulnerabilidade muito alta, representado por 5,1% da população total do município, com 74,3% da população com renda de até três salários

mínimos, média de 4,6 anos de estudo para os chefes de família, com concentração de famílias jovens e presença significativa de crianças pequenas, inferindo em maior vulnerabilidade à pobreza (SEADE, 2011).



Fonte: Seade 2011

A maior porção vermelha do mapa representa a Zona noroeste e as maiores porções de amarelo são os morros.

## **5.1 Aprendizagem pautada na prática e na problematização e o papel do docente**

Educadores como Paulo Freire ressaltam a necessidade de investimento em educação com prática de liberdade e que problematize a relação dos homens perante o mundo, em oposição a uma educação dominadora (Cyrino e Toralles-Pereira, 2004).

Assim sendo, propor uma educação que transite pelo comum das profissões, pela educação além da transmissão de informações, como prática de liberdade, é apontada como um desafio nas práticas investigadas no campus da baixada santista.

Investir na educação pautada na prática e na problematização é uma via de mão dupla, tripla, quádrupla! Proporcionar uma formação superior com um enfoque não tecnicista é possibilitar outros encontros, cujo passo a passo dificilmente está descrito em documento ou inventário. A imagem que se constrói desse processo educacional é amorfa, sem forma definida e transmutando sempre, afetando e possibilitando outros encontros entre docentes, estudantes, serviços, comunidade, território e outros atores. "Por isso, a educação problematizadora fundamenta-se na relação dialógica entre educador e educando, que possibilita a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo emancipatório" (Cyrino e Toralles-Pereira, 2004, pág. 2).

O avanço técnico nos procedimentos médicos, nos tratamentos e cuidados em saúde, é reconhecido, e muitas pesquisas investigam essa temática e se debruçam sobre esse questionamento, assim como Merhy (1999), quando investigou o projeto terapêutico como dispositivo de transformação no ensino-aprendizagem. Ele ressaltava, em seu trabalho, a importância de colocar as especialidades e as técnicas a serviço da construção de um projeto terapêutico que não despreze a dimensão coletiva dos problemas, de saúde e da gestão.

As práticas em saúde podem e devem utilizar-se de tecnologias médicas, pois algumas tecnologias constituem importantes avanços para salvar e "prolongar" vidas. No entanto, é de suma importância valorizar a educação em saúde como desenvolvimento da autonomia das pessoas e populações, considerando fatores determinantes ou condicionantes da qualidade de saúde, a necessidade de informações e conhecimentos para promover a autonomia e a necessidade de acesso às tecnologias do cuidado com produção de vínculo entre profissionais e equipes de saúde com os usuários (Alves & Júnior, 2007). Fala de docentes vão ao encontro desse pensamento:

O conhecimento técnico é apenas um dos elementos da construção, da formação do profissional. Eles não dizem se é o mais importante, mas é apenas um. (D)

Além de colocar os recursos técnicos e específicos de cada saber à disposição da produção do cuidado em saúde (assim como foi ressaltado na citação acima de Merhy), temos que contextualizar o ambiente que a pesquisa se constituiu, ou seja, o campo do ensino-aprendizagem e, portanto, considerar alguns questionamentos vindo dos próprios estudantes do campus. Por exemplo, experimentar o específico de seu curso, da sua área de saber, as particularidades do módulo investigado. O que diferencia ele, um aluno, de educador físico, do terapeuta ocupacional? O desafio do específico e do comum é presente no dia a dia das práticas no campus e no campo. É o que relata uma estudante no grupo focal:

A idéia desse semestre era uma coisa a mais, as especificidades serem praticadas ali. (E)

Esse desafio aparece em todas as entrevistas e nos grupos focais; o estudante, aproximando-se da sua profissão específica e do cuidado em saúde, e o docente elaborando sua formação (muitas vezes extremamente fechado em seu próprio saber) e seu lugar de educador. Essas temáticas, comum e específico, na produção do cuidado em saúde, serão discutida mais adiante em um categoria própria.

Contudo, de qual desafio se fala? Do mesmo que tem como significado o teste de habilidades (Ferreira, 1993), que duvida da capacidade do outro na realização de uma ação? Ou do ato de iniciar alguém para que faça algo, geralmente além das suas possibilidades atuais (Amaral, 2002).

A sutil diferença entre esses desafios nos faz refletir sobre que investimento existe, de cada docente e estudante, e o que diz do comum e do específico, sendo um desafio nas práticas em saúde. Será que entendem o desafio como uma dificuldade/incapacidade do outro em produzir cuidado em saúde, ou como algo a se transcender e buscar novas e criativas estratégias no cuidado a saúde?

Sendo assim, a dificuldade que docentes pontuam em ensinar a importância da construção de um comum entre as profissões, tenciona não exclusivamente sua própria formação, mas também, esbarra na conceitualização de qual desafio estão falando.

Eu acho que, talvez, isso seja um pouco mais fácil de você conversar, do que a construção de um conhecimento comum que os futuros profissionais, ou depois os profissionais, tem que fazer. Este é mais difícil. (D)

A dificuldade não é só dos estudantes, é também dos professores; acho que em, primeiro lugar, porque a nossa formação também foi, absolutamente, né, cada um no seu quadrado. (D)

Os discentes, além de buscarem a experimentação de seus saberes, tanto profissionais quanto pessoais na prática em saúde, também questionam a diferença do enfoque dos módulos do eixo TS.

A idéia desse semestre era uma coisa a mais, as especificidades serem praticadas ali [...] eles (colegas da sala) não viam diferença entre, era só ouvir, sentar [...] eu sentia que eles estavam na narrativa. (E)

No entanto, também pontuam a necessidade dos docentes de avançar teoricamente, investir na tecnologia dura-leve (saber técnico estruturado) (Merhy, 1997).

É, teoricamente. Eu e a menina da *psico* a gente foi atrás, foi ler. Quando a gente perguntava, falavam de coisas simples, do cuidado, coisas que a gente já sabia dos outros semestres, [...] porque dava a impressão de que eles (colegas da sala) não viam diferença entre, era só ouvir, sentar [...] eu sentia que eles estavam na narrativa, sabe. (E)

Eu, no começo do semestre, tive um pouco de dificuldade de diferenciar o plano de ação e o projeto terapêutico singular; a gente, da nossa sala, conversando percebeu que tivemos pouco acolhimento teórico da professora, então foi meio que aprender sozinha. Então, muitas pessoas da minha sala acabaram saindo sem saber essa diferença mesmo. (E)

O trabalho em equipe é encarado como trabalhoso, e os discentes justificam-se com a grade curricular sempre cheia, contudo, eles reconhecem que há diferença do trabalho construído em conjunto, pois esse acaba respondendo melhor às necessidades do usuário do serviço.

Há que se contextualizar as regiões que os estudantes vão para realizar suas atividades e o perfil dos universitários. As regiões são na periferia da cidade de Santos e com inúmeras demandas sociais e econômicas, e foram descritas acima, na Descrição do Cenário (página 19). O choque de realidades é tremendo, e o estranhamento por vezes toma conta das visitas a campo. No entanto, o raciocínio clínico sobre as práticas em saúde, ou seja, o cuidado integralizado e contextualizado perante o indivíduo, as trocas de saberes (específicos e da vida) entre alunos dos diferentes



cursos, todos esses princípios não foram questionados, pois de alguma maneira (discentes não sabem dizer bem o porquê) fazem sentido.

Como eu *tô* no laboratório, foram as únicas experiências que eu tive, a parte de psicanálise eu gosto muito também, mas assim, nada muito voltada para a saúde pública [...] Mas, é importante fazer uma análise mesmo, mas não só da patologia, mas sim, do ser como um todo, que é um ser biopsicossocial [...], ele está inserido em um contexto que realmente não dá para ser desprezado. (E)

Conclui-se que o ensino-aprendizagem pautado na prática e na problematização tenciona desde o processo atual de formação dos estudantes da Baixada Santista até a formação e toda a trajetória acadêmica feita pelos docentes. Ambos questionam suas práticas com a população, o planejamento feito no projeto terapêutico, a distinção das orientações recebidas e dadas ao longo do módulo.

É uma aprendizagem contínua, feita por trocas, cuja relação, por mais conflituosa que possa ser, proporciona o contato com o novo e com o dinâmico que em si já é uma grande tensão.

[...] nem um nem de outro, mas uma terceira possibilidade, e *ai* o trabalho interdisciplinar de fato pode acontecer. (D)

A categoria "comum" e "específico" aparece como uma das linhas de tensionamento: o desafio da construção do comum entre os envolvidos no trabalho (alunos, docentes, serviços e atendidos), a utilização das tecnologias para disposição das práticas em saúde, além da busca em função da falta de teoria que possa avançar no repertório teórico das práticas em saúde

## 5.2 O comum e o específico

Para o estudante, estar no último módulo do eixo TS é ter a expectativa de praticar o específico que vem estudando, e também questionar a relação com o que é comum; com o que é de todos.

Quando a gente perguntava, falavam de coisas simples, do cuidado, coisas que a gente já sabia dos outros semestres, mas a gente queria saber a diferença desse semestre do anterior. Nesse semestre a gente não iria experimentar as especificidades dos cursos? (E)

Eu não entendia que conversar com ele (o atendido) como um trabalho específico meu, como uma coisa que eu ia saber mais do que as outras pessoas. (E)

Estudantes pontuam a necessidade de experimentar suas especificidades mas, quando estão perante um caso verídico, veem-se enfrentando outras demandas. Demandas essas que extrapolam a teoria vista em sala de aula e/ou em livros.

O transbordamento da teoria sobre a prática, exemplifica o que docentes entrevistados indicam como o comum das profissões.

Na elaboração desse Projeto Terapêutico se construa alguma área de conhecimento comum, ou seja, supera aquilo que é meramente específico, mas haja algum conhecimento comum também sendo elaborado [...] Dificuldade na elaboração desse conhecimento comum, eu noto muito que eles voltam para a questão 'o que eu posso fazer do ponto de vista da minha área específica? (D)

No entanto, docentes consideram que a ênfase no específico é, da mesma forma, regulada pela experiência nos módulos anteriores.

Às vezes eles chegam dos outros módulos abertos para pensar junto, nem um nem de outro, mas uma terceira possibilidade, e aí o trabalho interdisciplinar de fato pode acontecer. (D)

Docentes pensam de forma distinta e expõem os estudantes a diversos modelos de aprendizagem. Segundo docente entrevistado, alguns colegas de trabalho pensam que o projeto terapêutico é para construir cronogramas de atividades, e que a observação, a apresentação de si (para o atendido, para o grupo ou para a família atendida) e o conhecimento do território não são intervenções. Além disso alguns

também dividem as visitas em atividades coordenadas por determinados cursos (um dia da educação física, outro da nutrição).

Neste semestre, a professora pediu para fazer só um dia específico da Psicologia, então, *aí* eu fiquei responsável pelo plano de ação. Então, a partir disso eu pensei uma coisa voltado para a psicologia, que abrange os outros participantes, das outras áreas, e que atingisse as mulheres, do grupo de mulheres. (E)

As várias formações (dos docentes) possibilitam um leque de orientações, assim como, a diversificação das condutas adotadas no módulo (mesmo com objetivos pré-definidos).

Acho que tem um monte de coisa que a gente não conversou, quanto docente que estão no terceiro ano, dessas coisas, e tem idéias diferentes de cada docente. Então, por exemplo, tem docente que acha que o projeto terapêutico singular é construir um cronograma das atividades [...] Eu trabalho dentro do método cartográfico, então faz diferença, porque daquilo que vai emergindo eu vou construindo a minha prática. (E)

Assim como há uma diversidade na conduta de cada docentes, também há distintas formas de trabalhar entre os discentes. Tem estudantes que desejam experimentar suas especificidades (assim como foi dito acima), até porque entendem o último módulo do eixo TS como sendo espaço para isso, e estudantes que pensam suas práticas a partir do que é demandado da realidade conhecida. É importante ressaltar que essas duas posturas podem ser adotadas pelo mesmo estudantes; elas não se anulam. Além disso tem a insegurança dos discentes quando se veem no terceiro ano da faculdade e sem instrumentos para estruturar suas práticas.

Precisava fazer alguma atividade com as crianças [...], eu e a menina de *fisio* tentamos fazer alguma coisa que é além das especialidades. (E)

Também fiquei pensando, mas eu estou no terceiro ano, que ferramenta eu tenho para usar com essas pessoas. (E)

Essa insegurança originada do sentimento de imaturidade profissional, remete à excessiva exigência do desempenho. Todavia, deve-se considerar, também, essa insegurança como sendo acentuada por alguma circunstância vivida pelo estudante.

A sociedade do "mostra o pau e a cobra morta" e da *performance* (termo utilizado na educação física significando rendimento, perfeição), assim como, a influência da valorização da tecnologia dura (instrumentos e máquinas) no cuidado em

saúde, gera profissionais inseguros de si mesmos. Além do mais, deve haver uma retro-alimentação nesse movimento, isto é, seres inseguros que cresceram nessa sociedade buscam a mesma lógica de vida, refugiando-se na tecnologia, em práticas objetivas, nos resultados quantitativos.

Quem sabe, isso seja especulação, e o que se aproxima mais da lógica que justifique essa insegurança seja o afastamento do cuidado pautado no conhecimento intuitivo.

[...] nos primórdios da civilização a medicina não era concebida enquanto um saber científico, o cuidado se dava com base no conhecimento instintivo, na sensibilidade de cada um, [...] não havia um saber-soberano, ou seja, um saber que se colocava acima dos outros e instituiu o critério de verdade, [...] Saber então era reconhecido como algo de posse de todos, e portanto validado coletivamente (Franco e Galavote, 2010, pág. 5).

Isso também faz pensar e questionar essa motivação perante melhoras do(s) acompanhado(s). Isto é, até que ponto a motivação mascara a lógica anterior - desempenho, *performance*, afastamento do cuidado pautado na intuição - e reduz o corpo de desejos, vibrátil (intensidades) (Rolnik, 1989), a um conjunto de órgãos?

Atualmente, o corpo está superprotegido e abandonado a si mesmo. O que fazer com o corpo? Cada vez mais, se pede a ele. Cada vez mais, destruimos e mutilamos o corpo [...] com excessivas exigências de desempenhos físico, sexual, estético, normativos e exatos. Por detrás desse abandono do corpo, desenha-se a possibilidade de reduzi-lo a um conjunto de órgãos [...] A tirania do prazer (Pereira, 2011, pág. 11).

Mesmo questionando a expectativa perante melhorias no caso, estudantes valorizam a oportunidade, a partir do módulo, de entrar em contato com a realidade. Aprender, assim, a lidar com imprevistos e expectativas.

Lidar com as coisas que não estão dando certo. Eu acho que isso é importante, *super* importante, da gente sair da faculdade com essa experiências que os resultados não é só aplicar o projeto, e dar certo e a pessoa responder. (E)

Valorizar o contato com o real, com o que não se tem controle ou previsão, quem sabe, seja a mudança do enfoque da produção do cuidado em saúde; quem sabe o olhar esteja sendo ampliado, contemplando o cuidado em saúde pautado na intuição, no coletivo. "Do saber de si extraía-se também o ato de cuidar" (Franco e Galavote, 2010, pág. 5).

### 5.3 Trabalho interprofissional

Nos últimos 30 anos, países do Reino Unido vem investindo na educação interprofissional, tentando superar a ignorância e o preconceito entre profissionais de saúde. Sobretudo, enfrentam muita resistência de áreas profissionais (Barr, 1997).

Segundo literatura internacional, já existiam movimentos de aproximação de profissões, mas que dizem respeito à mesma área, como Enfermagem e Medicina. A aproximação de áreas profissionais distintas ainda é tímida, porém, os resultados de atividades interprofissionais inovadoras ressaltam os objetivos da educação interprofissional, como reforçar as competências colaborativas e melhorar a qualidade da assistência às pessoas atendidas (Barr, 1997).

Familiarizar com as práticas de outras profissões [...] Saber do que se trata, ou pelo menos ter uma noção. (D)

O trabalho interprofissional pode ser pensado com ajuda da estruturação de um jogo, segunda docente entrevistado.

Deve ser como um jogo. Um jogo mesmo, em que as cartas de todos são conhecidas, apesar de ter cartas diferentes, existem cartas repetidas, no baralho. E às vezes acontece disso, 'olha eu tenho essa aqui', 'olha eu também', bom, ai, junta. (D)

Reforçar as competências colaborativas, antes de tudo, é sentir que se precisa do outro assim como o outro precisa dos demais, e em um trabalho constituído por um coletivo de profissionais, a força-tarefa se potencializa, podendo enfrentar desde dificuldades sociais complexas até as complicações clínicas mais delicadas. "O desafio estaria em passar deste campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana" (Campos, 1997, pág.11).

Pensar na relação entre os profissionais de saúde certamente leva-nos a pensar no contato estabelecido com nosso paciente/cliente, e mais ainda, nas relações estabelecidas ao longo da vida. Como diz Merhy, em "O ato de cuidar: a alma dos serviços em saúde" (2004, pág.1): No campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde.

Produzir cuidado para o outro ou para si mesmo gera responsabilidade na escolha e na utilização das práticas, bem como no entendimento a respeito de qual saúde se quer proporcionar.

A gente não queria chegar lá e falar o que a gente queria fazer com eles. Porque a responsabilidade ia ser só nossa, do sucesso ou do fracasso, mas eu acho que é muito mais importante construir junto e ver o que elas (as atendidas) querem fazer com a gente, e *aí* todo mundo acaba sendo responsável. (E)

A responsabilidade compartilhada (com colegas de trabalho e com o caso) talvez seja o próprio convite à participação no trabalho em grupo. Contudo, em um trabalho em grupo, cada um contribui com que pode/quer/sabe, indo além de saberes necessariamente profissionais.

As contribuições de cada estudante são completamente deslocadas, são foras da situação, que vem de outras experiências [...] são insight, surpresas, que vem por outro caminho. (D)

Da conjugação de ambos [...] nascem energias potentes e singulares, condizentes com a própria vida — que também é uma rede em cujas malhas nos encontramos e nos desencontramos, no processo incessante da construção de sentidos (Pereira, 2011, pág. 11).

Se as contribuições vão além das profissões, abarcam a vida dos envolvidos, o dia a dia, quem sabe também incluam a arte do improviso nesse processo coletivo.

O diretor da cena é o paciente, e os alunos tem sido os roteiristas [...] não existe a cena pronta, sempre é diferente, sempre há brechas para o improviso, sempre há mudanças, a gente não improvisa do nada, a gente improvisa com que a gente tem de experiências. (D)

O cuidado integral na saúde necessita de um olhar que vai além do "olhar-retina" ("[...] enxerga as estruturas, o plano do visível, um olhar razo, incompleto sobre o próprio corpo. Isto porque não enxerga o sujeito que o habita") (Franco e Galavote apud Rolnik, 2010, pág. 7) e que abranja toda a complexidade, e contudo, a riqueza do trabalho em saúde, sobretudo, do trabalho em equipe.

No trabalho interprofissional, são potencializado saberes advindos da vida, das profissões, dos bons e maus encontros (desencadeando paixões alegres e paixões tristes, como diz Spinoza). Sendo assim, implicando os envolvidos e transcendendo o objetivo simplista: a realização de um "bom" trabalho. Se a experiência é

compartilhada, o aprendizado é vivenciado para todos os âmbitos da vida, assim como, Pereira (2011) convida os psicanalistas a encarnar na pele o trabalho árduo de seus pacientes. "O analista também está convocado a viver a dor da busca e do pensar sobre sua prática e sua inserção na civilização" (Pereira, 2011).

E é com questionamentos de profissionais, já formados na UNIFESP e inseridos em todos os ambientes possíveis de trabalhar, que um docente entrevistado ilustra o Projeto Político Pedagógico (P.P.P.) do campus Baixada Santista vivido por seus estudantes e docentes. O P.P.P. do campus baixada santista pressupõe uma formação comprometida com as realidades sociais do país, com a política pública em saúde, com o olhar integral ao indivíduo, proporcionando assim, um trabalho interprofissional, que está em atividade há seis anos.

Estes questionamentos e relato vem para exemplificar e dar corpo a concepções da integralidade do cuidado em saúde, de estudantes que hoje estão enfrentando e compondo com outros profissionais e realidades.

*Daí a coordenadora (da residência) daqui foi para lá e aí a coordenadora de lá falou, que é a chefe, 'a gente teve um aluno da Baixada Santista que começou a se posicionar e as pessoas não gostaram muito, mas depois de três meses deu certo'. (D)*

A proposta do projeto político-pedagógico do campus da Baixada Santista já lançou suas sementes, mas, não tendo dimensão de seu alcance.

Hoje, as sementes já se transformaram em frutos e estão semeando outros terrenos. Terrenos da UNIFESP Campus São Paulo, do Hospital Paulista, das alas do hospital, das residências multiprofissionais, das supervisões.

Uma outra situação elucidada pelo docente foi na residência multiprofissional no Campus Baixada Santista, quando uma residente de fisioterapia, formada em outra universidade, traz para supervisão um caso. A docente lhe questiona sobre o que mais poderia se fazer, além do que a fisioterapeuta já sabia e estava fazendo.

*Aí virou uma das alunas que foram da to (terapeuta ocupacional), 'ele não precisa comer?, ele não precisa disso?, teu trabalho não esta associado com isso?', e daí foram pensar junto com o grupo e foi surgindo tantas demandas que essa pessoa tinha [...] a fisio estava dando conta só de um pedaço, né. E aí surgiu a necessidade, de 'poxa, essa pessoa é inteira, né', tem que vê-lo como um todo. E aí o projeto mudou, mas assim, foi o toque da to que se formou aqui, né [...] Você vê a atuação depois de formado. (D)*

Talvez com essas exemplificações possamos confiar e continuar acreditando em algo que não é um dom, e sim uma política, que por vezes, parece-nos tão transcendental. O olhar integral direcionado àquele que atendemos, individualmente ou em grupo, é algo que todos profissionais deveriam ter, indo ao encontro da política do cuidado em saúde do Sistema Único de Saúde.



## 5.5 O cuidado

Nos anos 80 e 90, a Reforma Psiquiátrica, fortemente influenciada pela experiência italiana, tentou romper com a rigidez das práticas mecânicas do cuidado em saúde, mas, essa busca está presente nos dias atuais.

O território a ser explorado, na produção de cuidado em saúde, é da invenção nas práticas, é de criar outras possibilidades no contato com o usuário dos serviços de saúde pública e não banalizar o sofrimento psíquico; ou seja, o foco do trabalho não é a doença em si, mas sim, "existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social" (Rotelli, 1990).

A legitimação da história e do saber do outro faz com que o profissional de saúde pratique a escuta com esse atendido e contextualize o ser em sua frente. Um dos caminhos para isso é considerar a trajetória feita nos serviços de saúde ou em outros dispositivos utilizados, na própria história de vida daquele indivíduo.

O que *tava* antes ti orienta, de alguma maneira, e o que virá depois, também é responsabilidade sua, na medida que você precisa orientar essa pessoa, e não simplesmente terminar o seu cuidado ali e *tchau*. (D)

Pensar o cuidado é pensar na trajetória que o indivíduo fez até os dias atuais. É pensar na gestão do cuidado e não, somente, realizar um cuidado em saúde de maneira pontual e aguda.

Emerge das entrevistas, tanto com docentes quanto com discentes, a lógica do cuidado continuado, cuja preocupação está direcionada à trajetória feita pelo indivíduo e no que a rede, os serviços e os trabalhos universitários (as visitas do eixo TS) podem disponibilizar. Sobretudo, antes de pensar em como disponibilizar o cuidado continuado em saúde, é preciso pensar em que saúde se está proporcionando ou se quer proporcionar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, que é distante da realidade dos indivíduos (Ferraz & Segue, 1997). Se até os fisiologistas, ao estudarem o funcionamento do corpo, pontuam que nenhum organismo se encontra em um estado estável, por qual razão um ser humano, dotado de toda complexidade do ser, mergulhado nas relações de amor e ódio, possuiria a entidade saúde em um ritmo constante (Dejours, 1986). "Sem querer entrar em definições, vejamos a angústia, por exemplo: a angústia é

penosa, é uma causa de sofrimento; pois bem, a saúde não consiste absolutamente em não se ter angústia" (Dejours, 1986, pág. 8).

Ao invés de a definição de saúde transitar por um terreno "estável" e "seguro", deveria pertencer ao território da criatividade. Além de se utilizar dos processos, em trabalho em saúde, menos estruturados, deve-se investir "no uso das tecnologias leves como dispositivo de cuidado relacional, capaz de criar um campo entre trabalhador e usuário no momento do seu encontro, operando aí os fluxos de intensidades" (Franco & Galavote, 2010, pág. 20).

Contudo, o entendimento em relação ao proporcionar saúde, extraído dos discentes e docentes participantes da pesquisa, vai ao encontro da valorização do saber do próprio indivíduo (relação de cumplicidade e co-responsabilização), levando em consideração sua trajetória até os dias atuais, além de proporcionar um olhar integral ao atendido e investir no cuidado personalizado, singular e respeitoso.

A gente não tem direito de deixar ou não de fazer alguma coisa [...] ela quem decide o que ela faz com a vida dela. (E)

Investir em uma relação respeitosa, de igual para igual, é potencializar o livre arbítrio de cada indivíduo atendido, ou seja, na liberdade de compor ou não com a proposta do projeto terapêutico. "[...] a verdadeira liberdade humana, aquela que empresta ao homem sua especificidade histórica, não existe naturalmente, mas é produto da atividade humana em sua autocriação histórica" (Amaral, 2002, pág. 247).

O ato de cuidar vai além das especialidades aprendidas na universidade, está nas relações generosas, que são tecidas dia a dia, encontro a encontro. Um indivíduo generoso é aquele que gosta de dar, que perdoa facilmente (Ferreira, 1993), ou seja, que passa longe do julgamento e que se permite tocar pelas diversidades humanas. "Cuidar é querer [...] Querer é o atributo e o ato do ser" (Aires, 2001, pág. 9).

O ato de cuidar é exemplificado, a partir da metáfora sobre a construção de um laço, relatado por um docente entrevistado.

Eu tenho entendido proporcionar saúde no momento que eles (os estudantes) se conceitualizam com clínica e a partir de um laço bem feitinho, entre todos eles, e bem bonito, de igual para igual [...]. (D)

Entretanto, o proporcionar cuidado em saúde, a partir do projeto terapêutico, precisa ter uma lapidação, um preparo, segundo docente entrevistado. No caso do

módulo investigado, esse preparo é possível a partir da construção dos relatórios que contenham notas descritivas e intensivas. As descritivas tratam dos aspectos físicos, visuais, de um encontro com o atendido; já as intensivas advêm de relatos de sensações, percepções, sentimentos, questões pessoais levantadas. Além disso, são realizadas buscas teóricas sobre o território geográfico conhecido (Zona Noroeste e Morros), assim como, buscam questões singulares dos atendidos (grupos, casos individuais e ou famílias).

O projeto terapêutico singular, eu acho, que tem que ser construído a partir de todo processo vivenciado nos diários. (D)

É na confecção dos relatórios que o aluno organiza e aquece seu raciocínio clínico e, posteriormente, constrói um projeto terapêutico. Sobretudo, institucionalizam a sua própria implicação no trabalho, quando constroem as notas intensivas e são estimulados, pela orientação dos docentes, a se perceberem como alguém que afeta e é afetado pelo trabalho realizado.

O cuidado pensado por discentes e docentes transitam no território da vida e não somente na vida profissional (visão segregada da vida; somos a mistura dos papéis sociais, somos mulher, estudante, adulto, profissional, marido, irmã), fazendo com que discentes transcendam as concepções de cuidado da Academia para suas relações de amizade.

Depois de TS eu percebi que saúde é muito mais amplo [...] Mesmo a gente, as meninas (colegas da universidade), quando a gente fica mal e não necessariamente precisa falar no problema para *tá* melhorando, [...] a gente conseguiu expandir TS mesmo entre nós. (E)

Este aspecto, levantado neste estudo, demonstra a porosidade nos limites construídos ao longo da vida e o quanto discussões teóricas (discutir sobre as diretrizes do SUS, as tecnologias relacionais, legitimização do saber do outro) repercutem, de forma viva e pulsante, nas experiências fora da universidade. Tal aspecto faz pensar no cuidado ao cuidador (profissional de saúde, estudante, docente) e no modelo de ensino-aprendizagem.

Ghanem e Trilla (2008), ao discutirem pontos e contrapontos da Educação formal e não-formal, afirmam que a educação informal acontece além das paredes da escola, além da relação professor-aluno, e objetiva sociabilizar o indivíduo, atuando no

campo das emoções e sentimentos, assim como, utiliza a vivência para a reprodução do conhecimento. Mas, o que tem a ver educação com cuidado?

Entende-se que a educação é uma das ferramentas do cuidado, pois o cuidado em saúde é também uma prática de cidadania. Ter uma graduação que discuta sobre direitos que são assegurados pelo Estado, assim como as diretrizes do SUS, sobre cuidado integral a saúde, sobre a relação de co-responsabilização do profissional/estudante-usuário, é também lidar com cidadania.

Assim como Karl Marx (1974) falava do processo do trabalho transformando-se em mercadoria, a produção do cuidado em saúde, assim como a educação, também podem ser tratadas, nos dias atuais, como uma mercadoria que pode gerar lucro. Porém, deprecia-se o seu caráter de troca, seu "valor de uso" (a utilidade de uma coisa transforma essa coisa em um *valor-de-uso*).

Objetiva-se (não no sentido de direcionar, mas no de objetivar, coisificar) a maioria das coisas, incluindo as relações, tornando-as mercadorias. No entanto, a coisificação remete ao medo de desterritorialização que Rolnik e Guattari (2005) discutem no livro *Micropolítica - Cartografias del deseo*.

Os autores discutem sobre o medo da desterritorialização frente à diversidade da vida, e o quanto se é encarcerado em relações simbióticas (relação com vantagens recíprocas, porém, não construindo outros circuitos) e intoxicado pelo familiarismo, sobretudo, deixando com que o medo não permita desbravar novas possibilidades de existência. [...] *nos anestesiamos frente a toda sensación del mundo, nos endurecemos* (Guattari e Rolnik, 2005, pág. 330).

Os profissionais de saúde, assim como os atores que trabalham na área (estudantes, docentes), desfrutam do investimento desregrado em tecnologia dura, e no enfoque biologicista do ser humano. Porém, não se pode desmerecer a importância dessas tecnologias, mas saber que o que antecede (e também faz parte do processo) é a relação, o vínculo, o contato.

Pensando no não enrijecimento e na valorização da relação humana, Campos (1997) contribui com seus estudos na área, quando pensa no movimento de colocar a doença entre parênteses, ainda ressaltando a importância dos avanços tecnológicos. Além do movimento de poupar o atendido de intervenções exageradas, também racha a onipotência dos médicos, investindo, assim, na melhoria das relações. "O estar na vida, mesmo em situação de sofrimento de um corpo doente, era uma condição do

sujeito, e se dava através da sua sensibilidade e intuição" (Franco e Galavote, 2010, pág. 6).

O foco do cuidado em saúde não deve ser o corpo com órgãos exclusivamente, mas, sim o "corpo sem órgãos" tal como definido por Deleuze e Guattari (1997). Corpo que é ocupado por intencionalidade. Quem sabe o caminho a seguir agora seja contrário ao construído, ou seja, ao invés da busca por especializações, voltar às origens, a simplicidade. O que adiantaria ser um ótimo nefrologista e saber tudo sobre os rins, se se esquece do indivíduo, da sua história, do seu trajeto, dos seus desejos, e somente se foca no querido rim?

## **6. Considerações finais: Graduanda, pesquisadora, devir cartográfica**

Falar do processo ao longo da graduação é, também, falar do presente trabalho de conclusão de curso.

A entrada na Universidade não possibilita saber a dimensão da graduação. No entanto, mesmo que se quisesse saber e ter certezas, ir-se-ia aprender que a vida é feita no ritmo adequado para cada momento. É tecida.

Há estranhamentos diversos com a proposta da Universidade, mas ao mesmo tempo, o arrebatamento do entusiasmo e do novo. Ao final da graduação, os estranhamentos ainda são presentes, porém, são mais encorpados e críticos.

Se é possível exemplificar o processo da graduação no Campus Baixada Santista por um sentimento, dir-se-ia o de leveza. O aluno desse campus não se sente no lugar de aluno que deveria prestar atenção às orientações dos docentes para, ao final do módulo, construir relatórios, projetos e análises, mas sim, no que alguém que experimenta a todo tempo, a cada conversa, a cada reflexão, por mais que isso não seja consciente. Esse sentimento faz com que aprenda-se o sentido das práticas, ou seja, é um processo de aprendizagem vivenciado, visceral.

Os ritmos são experimentados, os corpos balançados. Há música lenta e melancólica, no entanto, também tem um bom samba de raiz, trazendo a simplicidade da vida com a impossibilidade de deixar o corpo parado.

Com o estudo do corpo físico, possibilitado pela grade curricular do campus, aprende-se sobre músculos e tendões, mas instiga a possibilidade de conhecer outros corpos, corpos sem órgãos (Deleuze e Guattari, 1997) que são conduzidos e alimentados pelas intensidades dos encontros, nas relações e do amor.

Experimentar o ritmo do eixo TS estimula a curiosidade para ver que tipo de dança se poderia construir. O ritmo agrada, mas, por vezes, faz descompassar. Entretanto, o corpo quer se movimentar e expandir a lugares jamais habitados.

O movimento foi intensificado ao longo das aproximações feitas e, a partir disso, mundos foram desbravados. Essas aproximações foram possíveis a partir de monitorias, pesquisas, acompanhamento de atividades dos estudantes e a participação no processo de estruturação do eixo.

Essa estruturação foi sendo feita no decorrer dos anos, como no método da cartografia, portanto, produzindo "os dados durante o processo de efetuação, o que resulta em uma produção real" (Lieberman, 2007, pág. 23).

O processo de estruturação do eixo em questão e o pesquisador cartógrafo buscam não fechar suas análises em algo específico, mas manter a atenção suspensa, tal como o preceito freudiano utilizado no atendimento psicanalítico.

Dessa forma, as análises feitas no presente trabalho também podem ser aproximadas a esse método de suspender a atenção e não se prender a algo específico.

O lugar que o cartógrafo ocupa dentro de uma pesquisa também diz de um posicionamento estético-ético-político, pois ao longo de todo o processo, da escolha do tema até as considerações finais, as costuras feitas, os dados, as falas e a literatura, foram possíveis pelas suas concepções, trajetória, envolvimento e rigor do mesmo. No entanto, pelo receio de não conseguir encontrar "limites" de pesquisar "objetos" tão proximais (não coisificando a instância em estudo), faz-se presente a todo momento. Pesquisar algo extremamente arrebatador não é ruim; é uma honrosa coragem.

O termômetro da qualidade de uma pesquisa é o reconhecimento sentido quando se chega nas instâncias finais, e esse reconhecimento se fez nesse estudo. Porém, não se chega ao final mas, ao início de outro (re)começo, de outras buscas e descobertas.

Foram experimentados vários lugares, emergindo vários sentimentos, além da satisfação de fazer um estudo e tentar transmitir o posicionamento das pessoas envolvidas.

Este trabalho chega ao fim, mas as forças que o moveram continuaram mobilizando para explorar novos horizontes em prol da produção do cuidado em saúde para com docentes, discentes, usuários de serviços de saúde, trabalhadores, acompanhados e quem queira se envolver com a temática.

Ler o presente estudo é a possibilidade de sentir intensamente o que se quiser sentir. "A vida é curta, mas as emoções que podemos deixar duram uma eternidade" (Clarice Lispector).

## 7. Referência Bibliográfica

- ALVES, C. A. JÚNIOR, A. G. S. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In.: CORBO, A. D. A. MOROSINI, M. V. G. C. (Orgs.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, pág.27-41, 2007.
- AMARAL, L. A. Diferença, Estigma e Preconceito: o Desafio da Inclusão. In.: OLIVEIRA, M. K. SOUZA, D. T. R. REGO, T. C. (Orgs.). Psicologia, Educação e as Temáticas da vida contemporânea. São Paulo: Moderna, 2002.
- AMARANTE, P. D. C. O Homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Cap. de Apresentação. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):63-72, 2001.
- BAGGIO, M. A., BAREMBLITT, G. A clínica, como ela é. In.: GREGÓRIO, A. *Saúde loucura. A clínica como ela é*. São Paulo: Editora Hucitec, número 5.
- BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: Mortificação e liberdade do espaço fechado. In.: AMARANTE, P. (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental em reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BARR, H. Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow. Review Commissioned by The Learning and Teaching Support Network for Health Sciences & Practice from The UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education, 1997.
- BECK, A., H. The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education. *The Journal of the American Medical Association-JAMA*. <http://jama.ama-assn.org/content/291/17/2139.full> . Site acessado em 21 de Abril de 2011
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acessado em 26 de Fevereiro de 2011.
- BEZERRA, E., BRITO, M., DIMENSTEIN, M., MEDEIROS, V., PIMENTA, A, L., SEVERO, A. K. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família:



- experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 18, n. 1, p.63-74, 2009.
- CAMPOS, F. C. B., GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, M, J, P (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: práticas profissionais e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
  - CAMPOS, G. W. S. A clínica em Gramsci, Sartre e Basaglia. Disponível em: <[http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/clinica\\_do\\_sujeito.pdf](http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/clinica_do_sujeito.pdf)>. Site acessado em 17 de Agosto de 2011.
  - CAPOZZOLO, A. Formação para o trabalho em saúde: a experiência em implantação nos cursos de graduação - educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Pesquisa em andamento do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Formação e Trabalho em Saúde- LEPETS, 2009.
  - CYRINO, E. G. TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 20(3):780-788, maio-junho, 2004.
  - DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira da Saúde Ocupacional*, número 54, vol. 14, Abril-Junho, 1986.
  - DELEUZE, G. GUATTARI, F. Mil Platôs. *Capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 4. Trad. Suely Rolnik. São Paulo: 34, 170 p., 1997.
  - FRANCO, T. B., MERHY, E. E. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde. Disponível em: <[http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao\\_produtiva\\_e\\_transicao\\_tecnologica\\_na\\_saude\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf)>. Acessado em 11 de Setembro de 2010.
  - FRANCO, T. B. GALAVOTE, H. S. Em Busca da Clínica dos Afetos, in, Franco, T.B. & Ramos, V.C. *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.
  - FERRAZ, F. C. SEGRE, M. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública- Journal of public health*. Número 5, vol. 31, Outubro 1997, p. 538-42.

- FERREIRA, A. B. H. Aurélio da língua portuguesa: minidicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York, NY: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910. Disponível em: <[http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie\\_FlexnerReport.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_FlexnerReport.pdf)> . Site acessado em 21 de Abril de 2011.
- GATTI, B. A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Editora Líber Livro, 2005.
- GHANEM, E. TRILLA, J. Educação formal e não-formal: pontos e contrapontos. In: VALÉRIA, A. A. (Org.). São Paulo: Sumus, 2008.
- KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Revista Psicologia & Sociedade: 19(1), 15-22, Jan/Abril, 2007.
- LIBERMAN, F. Delicadas coreografias: instantâneos de uma terapia ocupacional. 2007. 304 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Núcleo de estudos e pesquisas da subjetividade, Pontifício Universidade Católica de São Paulo-PUC, São Paulo, 2007.
- MARX, K. Seção 1: Os Dois Fatores da Mercadoria: Valor-de-Use e Valor-de-troca ou Valor Propriamente Dito (Substância do valor, Grandeza do Valor). In: MARX, K. O Capital. Tradução de Martins, J. T. Moreira, V. Coimbra: Centelha - Promoção do Livro, SARL, 1974.
- MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.
- MERHY, E. E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. Campinas, junho, 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-07.pdf>>. Acessado em 17 de Julho de 2011.

- MERHY, Emerson Elias. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 24(8):1953-1957, agosto, 2008.
- MURAMOTO, M, T. MÂNGIA, E, F. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. *Revista Terapia Ocupacional*, Universidade de São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, maio/agosto, 2007.
- MURAMOTO, M, T. MÂNGIA, E, F. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Revista Terapia Ocupacional*, Universidade de São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, setembro/dezembro, 2008.
- NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*. São Paulo, v.1, n.3, 2 semestre, 1996. p. 1 – 5.
- PAGLIOSA, F, L. ROS, M, A, D. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (4) : 492–499; 200, fevereiro, 2008.
- PASSOS, E. Palestra *A Construção da Clínica Comum e as Áreas Profissionais*. Realizada no Ciclo de Debates: Formação e Trabalho em Saúde – Encontros e Contrapontos, Organização: LEPETS – Laboratório de Estudos e Pesquisas em Formação e Trabalho em Saúde, 12/11/2010
- PEREIRA, M. A. Para ler o texto e o grupo: rizoma, árvore e rede. Disponível em: <[http://www.pucminas.br/documentos/william\\_cesar\\_clinica.pdf](http://www.pucminas.br/documentos/william_cesar_clinica.pdf)>. Acessado em 22 de Setembro de 2011.
- PEREIRA, W. C. C. Clínica transdisciplinar: há novos sujeitos, novos sintomas, uma nova clínica?. Disponível em: <[http://www.pucminas.br/documentos/william\\_cesar\\_clinica.pdf](http://www.pucminas.br/documentos/william_cesar_clinica.pdf)>. Acesso em 22 de Setembro de 2011.

- ROLNIK, S. Cartografia ou de como pensar com o corpo vibrátil. Trechos de Suely Rolnik: Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo, Editora Estação Liberdade, São Paulo, 1989. Disponibilizado pela PUC - Núcleo de Estudos da Subjetividade.
- ROLNIK, R. Amor, territorios de deseo y una nueva suavidad. ¿Una nueva suavidad? In: ROLNIK, R. GUATTARI, F. Micropolítica- Cartografías del deseo. Petropolis: Editora Vozes, 2005.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/projetos/ipvs/mapas/Municipio/santos.pdf>>. Acesso em 27 de Outubro de 2011.
- UNIFESP - Baixada Santista. Projeto político pedagógico. Disponível em: <<http://www.baixadasantista.unifesp.br/projpedag.php>>, 2006.
- WAREHAM, N. J. External monitoring of quality of health care in the United States.

## 8. Anexos

### 8.1 Termo de consentimento livre e esclarecido para docentes

Convido-lhe a participar da pesquisa “Análise do cuidado no Projeto Terapêutico do usuário do serviço de saúde”. O estudo procura analisar a construção e a elaboração do Projeto Terapêutico dos usuários do serviço em saúde tanto na perspectiva do docente quanto na do discente. Para tanto, você está convidado(a) a participar de uma entrevista semi-estruturada, que será gravada em áudio e posteriormente transcrita. Não são esperados riscos ou desconfortos relacionados a esse procedimento. A identidade do participante será mantida em sigilo. Não há despesas, compensações ou benefícios diretos pela participação, que deve ser livre e voluntária. Mesmo concordando em participar, o(a) participante poderá desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo. Em qualquer etapa da pesquisa, o(a) participante poderá ter acesso ao responsável pelo estudo, a Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Inês Badaró Moreira, que pode ser encontrada à Avenida Almirante Saldanha da Gama, 89, Santos, telefone (13) 32613324, ou através do e-mail [mibadaro@gmail.com](mailto:mibadaro@gmail.com). Se o(a) participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Botucatu, 572, 1º andar, cj. 14, São Paulo, telefone (11) 5571-1062, E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

Eu, \_\_\_\_\_, acredito ter sido suficientemente esclarecida(o) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Análise do cuidado no Projeto Terapêutico do usuário do serviço de saúde”. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, suas possibilidades de desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Sendo assim, ACEITO participar da pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa:.....

Data: .....

*Pesquisador responsável:* Maria Inês Badaró Moreira declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura.....

Data:.....

### **8.1 Termo de consentimento livre e esclarecido para discente**

Convido-lhe a participar da pesquisa “Análise do cuidado no Projeto Terapêutico do usuário do serviço de saúde”. O estudo procura analisar a construção e a elaboração do Projeto Terapêutico dos usuários do serviço em saúde tanto na perspectiva do docente quanto na do discente. Para tanto, você está convidado(a) a participar de um grupo focal. Não são esperados riscos ou desconfortos relacionados a esse procedimento. A identidade do participante será mantida em sigilo. Não há despesas, compensações ou benefícios diretos pela sua participação, que deve ser livre e voluntária. Mesmo concordando em participar, o(a) participante poderá desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo. Em qualquer etapa da pesquisa, o(a) participante poderá ter acesso ao responsável pelo estudo, a Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Inês Badaró Moreira, que pode ser encontrada à Avenida Almirante Saldanha da Gama, 89, Santos, telefone (13) 32613324, ou através do e-mail [mibadaro@gmail.com](mailto:mibadaro@gmail.com). Se o(a) participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Botucatu, 572, 1º andar, cj. 14, São Paulo, telefone (11) 5571-1062, E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

Eu, \_\_\_\_\_, acredito ter sido suficientemente esclarecida a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Análise do cuidado no Projeto Terapêutico do usuário do serviço de saúde”. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, suas possibilidades de desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Sendo assim, ACEITO participar da pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa:.....

Data: .....

*Pesquisador responsável:* Maria Inês Badaró Moreira declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura.....

Data:.....

## 8.2 Questões norteadoras

### Questões norteadoras para entrevista semi-estruturadas

O que é projeto terapêutico para você?

Para que serve? E como pode ser construído?

Quem participa da construção e elaboração?

Como você estimula seus alunos na construção do projeto terapêutico?

Tem trabalho interdisciplinar entre os alunos? Se sim ou se não, como você vê isso?

### Questões norteadoras para o grupo focal

O que é projeto terapêutico?

Para que serve?

O que deve conter neste projeto terapêutico?

Como elaborá-lo?

Quem deve participar da elaboração?

Quem vocês chamariam para ajudar na elaboração do projeto?

O usuário participa da construção do projeto?

Vocês sentem vontade de conversar com os outros colegas (outros cursos) para a construção do projeto terapêutico?

O que vocês gostariam de oferecer neste projeto?