

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SOCORRO ANDRADE DE LIMA POMPILIO



**DO MODELO BIOMÉDICO À CLÍNICA AMPLIADA: INFLUÊNCIA
DO SPE NA FORMAÇÃO MÉDICA**

**CAMPO GRANDE
2016**

SOCORRO ANDRADE DE LIMA POMPILIO

**DO MODELO BIOMÉDICO À CLÍNICA AMPLIADA: INFLUÊNCIA DO SPE NA
FORMAÇÃO MÉDICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Saúde da Família da
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito
para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Celina Recena Piazza.

**CAMPO GRANDE
2016**



Ata de Defesa de Dissertação
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
Mestrado

Aos vinte e quatro dias do mês de maio do ano de dois mil e dezesseis, às catorze horas, no Anfiteatro da Faculdade de Odontologia, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Maria Celina Piazza Recena (UFMS), Dario Xavier Pires (UFMS) e Mara Lisiane de Moraes dos Santos (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **SOCORRO ANDRADE DE LIMA POMPILIO**, CPF 54355877191, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**Do modelo biomédico à clínica ampliada: Influência do SPE entre estudantes de medicina**" e orientação de Maria Celina Piazza Recena. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu Parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR	ASSINATURA	AVALIAÇÃO
Dra. Maria Celina Piazza Recena		<u>APROVADA</u>
Dr. Dario Xavier Pires		<u>APROVADA</u>
Dra. Mara Lisiane de Moraes dos Santos		<u>Aprovada</u>
Dra. Renata Palopoli Picoli (Suplente)		<u>Aprovada</u>

RESULTADO FINAL:

Aprovação Aprovação com revisão Reprovação

OBSERVAÇÕES: CUMPRIU COM OS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
APROVAÇÃO: -
SUGESTÃO - MUDAR O TÍTULO PARA: "DO MODELO BIOMÉDICO À
CLÍNICA AMPLIADA: INFLUÊNCIA DO SPE NA FORMAÇÃO MÉDICA"

Nada mais havendo a ser tratado, a Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Aluna

À Mirtes e Júlia, que junto com a dor e a saudade vocês deixaram amor para
recomeçar...

Agradecimentos

Gratidão ao Universo Cósmico que possibilitou lindos encontros e reencontros nessa pequena caminhada de aprendiz no palco da existência.

À Deus e aos anjos da guarda que me acompanharam e me acompanham sempre...

Aos pilares da minha vida, pai, mãe, irmã, filhos e meu companheiro, acreditem, vocês sempre fazem a diferença...

À minha família ampliada, tios, primos, sobrinhos, comadres, compadres, afilhados, agregados, grata pela torcida...

Às minhas fiéis escudeiras, Lígia e Sônia, que para eu poder sair de cena algumas vezes, vocês desempenharam brilhantemente o papel de amigas....

A todos os meus amigos, pelo amor e compreensão, sem vocês as forças diminuem, vocês me dão ânimo e fé na vida...

Às minhas ajudantes das inúmeras tarefas diárias, grata pelo cuidado, lealdade e solidariedade...

À minha orientadora Profa. Maria Celina Recena Piazza, pela parceria acolhedora e humana, posso dizer que és uma orientadora competente segundo os pilares da educação...

Ao programa de mestrado profissional em Saúde da Família da UFMS, pela oportunidade do aprendizado...

As instituições de ensino superior Uniderp/Anhanguera, UEMS. Aos meus colegas de trabalho, são nesses espaços que mobilizo forças para aprender com a prática docente.

Aos meus alunos, pois *“Não há docência sem discência”* (Paulo Freire).

O corpo carrega duas caixas. Na mão direita, mão da destreza e do trabalho, ele leva uma caixa de ferramentas. E na mão esquerda, mão do coração, ele leva uma caixa de brinquedos. [...] Assim, tão importante quanto a aprendizagem do uso das ferramentas existentes – coisa que se pode aprender mecanicamente - é a arte de construir ferramentas novas. [...] Fico a pensar: o que é que as escolas ensinam?

Elas ensinam as ferramentas existentes ou a arte de pensar, chave para as ferramentas inexistentes? O problema: os processos de avaliação sabem como testar o conhecimento das ferramentas. Mas que procedimentos adotar para a arte de pensar? Assim, diante da caixa de ferramentas, o professor tem de se perguntar:

"Isso que estou ensinando é ferramenta para quê? De que forma pode ser usado?

Em que aumenta a competência dos meus alunos para viver a sua vida? "Se não houver resposta, pode se estar certo de uma coisa: ferramenta não é". Mas há uma outra caixa, na mão esquerda, a mão do coração. Essa caixa está cheia de coisas que não servem para nada. Inúteis. Lá estão um livro de poemas da Cecília Meireles, a "Valsinha", do Chico, Um cheiro de jasmim, um quadro do Monet, Um vento no rosto, uma sonata de Mozart, o riso de uma criança, um saco de bolas de gude... Coisas inúteis. E, no entanto, elas nos fazem sorrir. E não é para isso que se educa? Para que nossos filhos saibam sorrir?

Rubem Alves

RESUMO

Inserir novas práticas nos currículos médicos que atendam às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para área da saúde pode colaborar para a capacitação de profissionais, de forma que se tornem mais qualificados e competentes para o cuidado humanizado. A Clínica Ampliada desponta como eixo norteador da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde como promotora de responsabilização, singularidade, autonomia, solidariedade e vínculos saudáveis e requer para sua efetivação práticas inovadoras. O programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), inserido nesse contexto de intersetorialidade entre saúde e educação, pode auxiliar no desenvolvimento de competência clínica abrangente e resolutiva. Diante disso, os principais objetivos dessa pesquisa foram delinear os parâmetros da competência para a Clínica Ampliada, com base nos saberes indicados nos quatro pilares da educação para o século XXI propostos por Delors e identificar a incorporação desses parâmetros, após o desenvolvimento do programa SPE, entre os estudantes de medicina. O trabalho foi delineado como pesquisa qualitativa, tanto para a abordagem de análise teórica documental como para a investigação da percepção de estudantes e docentes sobre o tema. A pretensão foi dirigida à compreensão das bases teóricas da Clínica Ampliada e à apreensão da percepção dos acadêmicos e docentes sobre a influência do SPE na formação médica para a incorporação de parâmetros da competência para Clínica Ampliada. Como produto da pesquisa, são apontados os parâmetros da competência para Clínica Ampliada pautada nos domínios conhecer, fazer, ser e conviver, após uma correlação teórica entre Clínica Ampliada e Delors, sendo referência para reflexões na formação em saúde. Os resultados indicam que o projeto SPE influenciou na incorporação de parâmetros da competência para Clínica Ampliada entre os estudantes de medicina. Para os docentes o SPE demonstrou-se como uma ferramenta positiva na formação médica, oferecendo meios de efetivação para as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde. Os achados do grupo focal evidenciaram satisfação dos acadêmicos com as intervenções propostas pelo programa SPE, senso de autonomia, trabalho em equipe, comunicação, percepção ampliada do processo saúde doença, dentre outros. Essa atividade se configura também como apoio da expressão das subjetividades, importantes para o aprender a ser e a conviver. Tais percepções dos parâmetros da Clínica Ampliada colaboram para a formação dos futuros profissionais da rede de atenção à saúde, em especial da Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Educação Médica. Programas Nacionais de Saúde. Competência clínica.

ABSTRACT

Insert new practices into medical curriculum that meet the National Curriculum Guidelines (DCN) to health can contribute to the training of professionals, so that they become more qualified and competent for humanized care. The Enlarged Clinic emerges as a guideline of the Ministry of Health National Humanization Policy as accountability promoter, uniqueness, autonomy, solidarity and healthy bonds and requires for its effectiveness innovative practices. The Health and Prevention in Schools program (SPE), inserted in this context of intersectionality between health and education, can assist in developing comprehensive and resolute clinical competence. Therefore, the main objectives of this study were to outline the parameters of power to the Enlarged Clinic, based on the knowledge given in the four pillars of education for the twenty-first century proposed by Delors and identify the incorporation of these parameters, after the development of the SPE program, among medical students. The study was designed as a qualitative research, both for the approach of documentary theoretical analysis as to research the perception of students and teachers on the subject. The claim was directed to understanding the theoretical basis of Enlarged Clinic and the seizure of the perception of academics and teachers on the influence of SPE in medical training to the competence of the Enlarged Clinic. Resulting from research are pointed out the competence of the parameters for Enlarged Clinic guided in the fields know, do, be and live, after a theoretical correlation between Enlarged Clinic and Delors, with reference to reflections in health education. The results indicate that the SPE project influenced the incorporation of the competence parameters for Enlarged Clinic among medical students. For teachers the SPE showed itself as a positive tool in the medical graduation, offering effective means for the National Curriculum Guidelines in the health courses. The findings of the focus group showed satisfaction from the students with the interventions proposed by the SPE program, autonomy sense, teamwork, communication, enlarged perception of health disease process, among others. And that this activity is also set up to support the expression of subjectivity, important for learning to be and to live. Such perceptions of Extended Clinical parameters collaborate in the training of future professionals in the health care network, in particular the Family Health Strategy.

Keywords: Family Health Strategy. Medical Education. National Health Programs. Clinical competence.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	Estratégia Saúde da Família e a promoção da saúde	12
2.2	Clínica Ampliada	15
2.3	Humanização, Autonomia e Competência	16
2.4	Formação médica	19
2.5	Programa Saúde e Prevenção nas Escolas	23
2.6	O SPE no curso de medicina da Universidade Uniderp/Anhanguera	25
3	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo Geral	27
3.2	Objetivos específicos	27
4	METODOLOGIA	28
4.1	Tipo de pesquisa e local da pesquisa	28
4.2	Procedimentos da coleta de dados	28
4.2.1	Pesquisa documental	28
4.2.2	Pesquisa descritiva	31
4.2.2.1	Grupo Focal	32
4.2.2.1.1	Sujeito da pesquisa	32
4.2.2.2	Questionário	33
4.2.2.3	Análise dos dados e aspectos éticos	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1	Elaboração de uma matriz de competências para a Clínica Ampliada	35
5.2	O desenvolvimento de parâmetros da competência para a Clínica Ampliada entre estudantes do curso de Medicina: influências do programa SPE	45
5.2.1	Aprender a conhecer	45
5.2.2	Aprender a Fazer	53
5.2.3	Aprender a Conviver	60
5.2.4	Aprender a Ser	66
5.3	O programa Saúde e Prevenção nas Escolas, na percepção dos docentes	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES	86
	APÊNDICE A – Questões Balizadoras para o Grupo Focal	87
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL 1)	88
	APÊNDICE C – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCL 2)	90
	APÊNDICE D – Questionários Professores	92
	APÊNDICE E – Transcrição Grupo Focal	93

1 INTRODUÇÃO

A formação de médicos qualificados profissionalmente parece ser um desafio das instituições de ensino superior, ministérios da saúde e da educação. A esse desafio, soma-se a necessidade da população de atendimentos mais humanizados e resolutivos, o que redimensiona o tamanho da tarefa a ser enfrentada. As reformulações a que são submetidos os cursos de medicina no Brasil são resultado de muitas mudanças no cenário do setor saúde em nível mundial e nacional. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde apontam para a incorporação de posturas profissionais adequadamente humanizadas, concepções que corroboram o pensamento vigente do processo saúde doença, defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Nesse sentido, o curso de medicina da Uniderp, em Campo Grande-MS, estimula o acadêmico na aquisição e desenvolvimento de habilidades médicas coesas com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina, com foco na formação menos tecnicista e próxima do diálogo. Para a efetivação de tais características pertinentes ao projeto pedagógico, revelam-se importantes os três eixos do curso: currículo integrado, aprendizagem baseada em problemas (ABP) e o ensino orientado à comunidade.

Ensino Orientado à Comunidade ou Ensino Baseado na Comunidade preza por uma articulação ensino-serviço-comunidade, que procura atender as necessidades da população. O termo coincide com a introdução no Brasil da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), entre as décadas de 80 a 90, assemelha-se ao movimento Integração Docente Assistencial (IDA) por voltar a atenção à comunidade, percebendo-a como atuante e não espectadora de assistência. Traz em seu bojo o desejo da prática libertadora de transformação, de Paulo Freire.

Estar presente no cenário da Atenção Primária em Saúde (APS) requer dos acadêmicos reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu foco na Estratégia Saúde da Família (ESF). A reorientação do modelo assistencial, que concebe a Atenção Básica (AB) como porta de entrada, necessita da

competência clínica profissional, pois a APS, além de estar mais próxima das pessoas, pode ser muito mais resolutiva.

Com o intuito de romper com posturas autoritárias e desenvolver atividades que favoreçam um olhar para construção da identidade profissional mais horizontalizada em relação às práticas de saúde, foi inserido o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) na comunidade acadêmica. Encontrar meios para aplicar a teoria é função do educador, nesse sentido, eleger uma estratégia que contemple a bidirecionalidade da ação e reflexão, por meio da dialética, foi o intento. Acreditou-se ser um meio propício para atingir o objetivo de dialogar com as pessoas e reinventar modos de produzir saúde, compartilhar saberes, mediar processos comunicacionais, provocar afetos, produzir cidadania etc. Processos vivenciados em dupla direção, pois ensinar e aprender são vertentes inseparáveis. Nessa perspectiva, faz-se necessário um maior conhecimento dos processos subjetivos percebidos pelos acadêmicos quando da realização da atividade com os escolares.

A educação médica carece ainda de modelos e experiências mais holísticas e menos biomédicas que impactem na melhoria da qualidade de vida da população, de tal forma que os sujeitos envolvidos sejam protagonistas e autônomos em seu processo saúde doença. A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e seus dispositivos como a Clínica Ampliada vêm oferecer aporte teórico-metodológico para efetivar melhores práticas em saúde.

Desenvolver uma Clínica Ampliada implica olhar além da doença, significa compreender a pessoa que sofre. As dimensões antropológicas, culturais, sociais, econômicas, psicológicas e espirituais são parte da vida das pessoas, logo, reduzir o olhar sobre todas essas dimensões é confinar a pessoa à sua doença. Compete também às instituições formadoras de profissionais para a área da saúde propiciar recursos físicos e humanos no intuito de pensar e praticar ações geradoras de cuidados mais efetivas.

As instituições de ensino superior precisam desenvolver e aprimorar experiências mais abrangentes bem como construir um legado para futuras gerações de profissionais da saúde que possam colaborar para o fortalecimento do SUS, qualificando a prática das ações em saúde. Diante desse contexto, qual a contribuição do desenvolvimento do programa SPE entre os estudantes do curso de

medicina para a incorporação de parâmetros da competência para a Clínica Ampliada?

Ao aplicar o programa SPE, o acadêmico ampliou sua percepção sobre o processo saúde doença? Refletiu sobre a aplicação prática da dialogicidade e as subjetividades presentes no encontro entre usuário e profissional da saúde? Refletiu sobre o trabalho em equipe e o conviver com as diferenças? Propiciou uma reflexão sobre os próprios sentimentos e sua corresponsabilidade nos modos de produzir cuidado? Nesse sentido, a construção teórica que segue procura apresentar de que forma os acadêmicos foram afetados pelo programa SPE.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estratégia Saúde da Família e a promoção da saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), com suas diretrizes e princípios, elege a Estratégia Saúde da Família (ESF) como foco da atenção primária, levando em consideração mais que aspectos curativos e preventivos ao ampliar o olhar para promoção e seus determinantes sociais em saúde. Reposicionar o sujeito, família e comunidade como parte fundamental na articulação em saúde possibilita a ressignificação e valorização do papel do usuário junto ao sistema de saúde e, concomitantemente, colabora para a prática da cidadania (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

As características da Atenção Primária em Saúde, segundo Mendes *s/d apud* (LAVRAS, 2011), consistem em: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidados. O primeiro contato refere-se à porta de entrada, acessibilidade e uso do serviço pelo usuário. A longitudinalidade implica acompanhamento ao longo do tempo pela equipe de saúde bem como a relação existente harmoniosa entre equipe, usuário e família. Integralidade enfatiza a prestação de serviços que atendam as necessidades da população, se responsabilizando pela efetividade da ação, ultrapassando a dimensão estritamente biológica. Por último, a coordenação da atenção que visa à continuidade do cuidado ofertado pela equipe de saúde local, cumprindo adequadamente os princípios desse nível de atenção à saúde. A ESF veio como uma reformulação das prioridades do Ministério da Saúde para a atenção primária (MORETTI-PIRES, 2009).

Estar apto a trabalhar na atenção primária vem sendo discutido por profissionais médicos que atuam na ESF, como sendo uma deficiência da formação. Ao iniciarem os trabalhos logo após a graduação, percebem-se inseguros por essa modalidade ser tão abrangente no atendimento, sendo unânimes na necessidade de formação especializada para realizá-lo. A atenção primária destaca-se dos outros níveis de atenção no que tange à forma de abordar o usuário do serviço, acolhendo e responsabilizando-se pelas pessoas daquela localidade (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

A ESF, como foco de atenção em saúde, elege a família como centro do processo em um determinado território social. Nessa ou dessa interação, é

importante emergir diálogo, solução conjunta, conhecimento popular valorizado, junção do saber acadêmico ao do dia a dia, para isso, o profissional precisa exercer uma escuta qualificada, aliada a aspectos humanos como humildade, empatia e respeito no estabelecimento da parceria das relações. O significado de tecnologias das relações remete à troca de saberes entre profissionais da saúde e usuários e familiares, mas também ao diálogo entre os trabalhadores do serviço e modos de trabalhar em equipe (COELHO; JORGE, 2009).

As habilidades fundamentais para estabelecer e manter o vínculo com a comunidade estão no campo das tecnologias leves, ou seja, nas relações existentes no ambiente da unidade de saúde. Ferri *et al.* (2007) colocam as tecnologias do cuidado da seguinte forma: leves, leve-duras e duras. Ao se reportar às tecnologias leves, os autores a concebem como relações de interações e subjetividades, sendo acompanhadas do modo de falar, agir, vincular-se. As tecnologias leve-duras consistem nos saberes acumulados do trabalho, protocolos e materiais de apoio. Às tecnologias duras, cabe se encarregar dos equipamentos, sendo representadas pelas máquinas utilizadas no processo de trabalho.

Condutas na prática médica que precarizam a relação e o modo de oferecer a atenção à saúde de forma ampliada têm suas origens no modelo biomédico, de cunho reducionista, o qual fragmenta o processo de trabalho e a pessoa atendida. Dessa forma, a proposta da Atenção Primária em Saúde de desenvolver um enfoque voltado para a promoção da saúde fica comprometida (SOUZA *et al.*, 2008).

A carta de Ottawa (1986) apud Brasil (2002) destaca-se como a primeira conferência internacional sobre promoção da saúde e redimensiona a concepção do processo de saúde, estendendo para comunidade o papel de corresponsável na articulação para uma sociedade mais saudável do ponto de vista ético e político. Para se tornar exequível, não pode contar somente com o setor saúde, pois seu anseio é ir além e produzir sociedades saudáveis.

“A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (BRASIL, 2002, p.9).

O termo “Promoção da Saúde”, com seu cunho autônomo e emancipatório dos sujeitos, se contrapõe às formas verticalizadas, higienistas e normatizadoras da

educação em saúde com foco na prevenção de doenças. A promoção da saúde no modelo explicativo de Leavel & Clark está dentro da prevenção primária, podendo estar aí a associação dos termos como sinônimos. Refletir sobre as terminologias utilizadas implica um resgate histórico da construção de ambas as concepções, e na versão mais atualizada de promoção à saúde, suas implicações extrapolam o ser biológico e o colocam inserido em seu contexto sócio-histórico-cultural-ambiental (WESTPHAL, 2006).

Os conceitos de promoção e prevenção por vezes são usados de forma similar, porém, em uma análise mais apurada, há uma distinção entre os termos para poder desenvolver ações cabíveis aos níveis de atenção. Como sinalizam Sucupira e Mendes (2003), a promoção da saúde comporta em sua origem um potencial de mudança para a proposta de atenção tipicamente biologista e economicista, contribuindo com um conceito ampliado de saúde, referindo-se aos determinantes sociais em saúde como propulsores desse processo. Aqui se revelam os paradigmas, a prevenção refere-se às doenças e a promoção, à saúde.

Impulsionar, fomentar, originar, gerar são conotações que remetem à palavra promover, agregando sentido de positividade e criatividade à ação. Mecanismos mais abrangentes como os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) seriam as esferas responsáveis pelo bem viver da coletividade, aumentando o bem-estar, produzindo saúde e segurança das pessoas. Adotar uma postura em defesa da vida é desafiar o modelo hegemônico ainda vigente de cunho curativo a repensar a saúde e impactar positivamente na vida das pessoas (BUSS, 2000).

Tesser *et al.* (2011), parafraseando Bordieu, sinalizam a existência de um forte “*habitus*” preventivista e de educação unidirecional na forma de atuação dos profissionais na Atenção Primária a Saúde (APS), apontando para uma herança histórica, vindo possivelmente dos modelos norte-americano e brasileiro do início do século XX, tal herança ainda oferecendo resistência às ideias e práticas em saúde.

Com o intuito de efetivar os pressupostos da ESF, faz-se necessária a incorporação de componentes de humanização na formação médica para a construção de uma relação mais dialógica e tão necessária para o vínculo médico paciente. Impor saberes já fez e faz parte da história da medicina, porém construir saberes é um desafio para muitos e prática já alcançada para outros, trocar experiências nesse sentido pode ser um caminho para que se minimizem essas discrepâncias (BRASIL, 2011a).

2.2 Clínica Ampliada

A reflexão sobre a clínica não é recente, Campos (2006) ao abordar o assunto, remete primeiramente ao entendimento de que a saúde e a doença são fenômenos sociais, encontrando apoio teórico em Gramsci, Morin e Freud, que, percebem o sujeito como produção social-histórica, complexa e subjetiva.

Segundo o mesmo autor, para compreender e intervir numa clínica mais eficazmente, é importante atentar para alguns obstáculos e desafios nos planos político, teórico e da gestão. Acrescenta que a especialização, fragmentação do processo de trabalho, demanda excessiva, múltiplos empregos, representa as dificuldades mais enfrentadas pelo setor saúde. Sinaliza também algumas linhas de reformulação como a organização do trabalho que fortaleça os vínculos, clareza das responsabilidades clínicas e sanitárias e, por último, mecanismos de democratização das organizações de saúde, caminhos que apoiariam a efetivação (CAMPOS, 2006).

No sentido de trazer reflexões importantes sobre as práticas de saúde, Carvalho e Cunha (2006), ao falar da Clínica Ampliada, defendem que sua reformulação só será possível se acontecer uma transformação do pensamento e ações do dia a dia do fazer saúde, que rompa com a fragmentação do processo de trabalho, que coíba o corporativismo e a alienação dos trabalhadores e usuários. A proposta da Clínica Ampliada é introduzir uma nova lógica que promova o compromisso das equipes na produção de cuidados, que consiga trazer realização pessoal e profissional no ato laboral e que facilite o trabalho.

A Clínica Ampliada se apresenta como uma diretriz da Política Nacional de Humanização e vem ganhando repercussão e defensores no SUS, sendo apontada como um dispositivo que visa a recompor e reorganizar a clínica no SUS (BRASIL, 2009).

A Clínica Ampliada propõe um modelo profissional-paciente mais flexível, democrático e terapêutico. Para tanto, enfoca a sensibilidade do profissional no reconhecimento das trocas afetivas e seus efeitos nos encontros da clínica. Outro ponto é a singularidade de cada sujeito, exigindo saberes e tecnologias diferenciadas para cada situação (BRASIL, 2004).

Cabe ressaltar que também compete a esse profissional a negociação do projeto terapêutico singular para o compartilhamento da responsabilidade, protagonizado pelo sujeito, mostrando, dessa forma, sua habilidade dialógica. Ser

capaz de trabalhar com possíveis incertezas, oriundas do próprio processo de trabalho e seus inúmeros desafios, bem como a disposição para o trabalho em grupo são aspectos que norteiam a Clínica Ampliada (BRASIL, 2004).

Para Frutuoso e Saur (2011), destacam-se como norteadores fundamentais da Clínica Ampliada o foco no sujeito e não na doença, promoção de autonomia, estabelecimento de vínculo pela Clínica Ampliada, incorporação dos aspectos subjetivos na relação, dialógica e valorização de múltiplos saberes.

Ao discutir sobre a Clínica Ampliada, Dhein (2010) afirma que ela recoloca o sujeito como centro do processo e determinante do seu tratamento, promove o protagonismo, a autonomia e o compartilhamento de saberes e poderes.

Algumas frentes fazem parte da estratégia da Clínica Ampliada, como a equipe de referência e o projeto terapêutico singular; o primeiro enfoca a corresponsabilização do profissional e da equipe no cuidado com o usuário e o segundo procura incluir a perspectiva do usuário no tratamento, respeitando as características individuais, singulares, para os variados desfechos do caso (BRASIL, 2009).

2.3 Humanização, Autonomia e Competência

Para o pressuposto teórico de Paulo Freire, o que traz a humanização para o palco da relação entre os sujeitos é a cidadania, fato que desaliena ambos os atores. Uma vez críticos e conscientizados, podem atuar na sociedade onde o cenário reflete contradições e evoca problemas diuturnamente. Há uma lacuna entre a formação profissional e a necessidade do SUS em relação a profissionais habilitados na construção de vínculo e humanização do atendimento, aludindo ao fato de que o exercício da cidadania não ter sido trilhado por tais profissionais, atravancando o fortalecimento desses atributos na prática (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

Mitre *et al.* (2008) enfatizam a indissociabilidade do ser e fazer, que é apresentado a seguir sob a perspectiva freireana:

[...] ação de problematizar enfatiza a práxis, na qual o sujeito busca soluções para a realidade em que vive e o torna capaz de transformá-las pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. Nessa ação, ele detecta novos problemas num processo ininterrupto de buscas e transformações (MITRE et al., 2008, p. 2137).

Para Dhein (2010), os discursos da Política Pública em relação à humanização, que também são práticas, são requisitados a se concretizar nos encontros entre profissionais, equipes e usuários, libertando-os para viver com mais propriedade. Os argumentos de autoridade e poder são deixados de lado quando acontece a autêntica troca dialógica entre os sujeitos, que crescem juntos (VASCONCELOS, 2006). Ao se referir ao processo intersubjetivo que acontece entre educador e educando, o autor defende a prática emancipatória do processo educativo.

Vislumbrar e adotar posturas educativas semelhantes torna o futuro mais presente no que tange a desempenhar um papel social profissional mais consciente e efetivo. O cumprimento de normas e diretrizes passa a ser secundário, tendo em vista a riqueza produzida pela sociedade no enfrentamento das suas necessidades de saúde, descobertas possibilitadas nos encontros existenciais mediados pela dialogicidade (VASCONCELOS, 2006).

A visão de uma educação crítico reflexiva acompanha tanto Freire como Jaques Delors. Para Freire, ação e reflexão são mecanismos inseparáveis de seu contexto (realidade) e seus propulsores de mudança. Relata nessa perspectiva um sujeito autônomo e consciente do seu papel na sociedade que exerce sua liberdade incondicional para atuar e alterar o meio (FREIRE, 1996).

Ao propor o paradigma dos pilares da educação, Delors a percebe como algo complexo que amplia a capacidade da pessoa em se comprometer, do ponto de vista ético e estético, com a vida e seu entorno. Ressalta como importante pilar o aprender a conhecer, porém, se isolado, não comporta grande destaque, enfatiza o aprender a fazer como necessário aos dias atuais, chamando a atenção para que esse pilar não esteja associado somente a um ato mecânico de força de trabalho, mas insere nessa compilação dois outros aprendizados - aprender a viver juntos (conviver) e a ser - dimensões de compromisso ético com o outro e consigo próprio (DELORS *et al.*, 1998).

Apontando na mesma direção de Freire, Delors *et al.* (1998) postulam os pilares da educação tendo em vista a formação da pessoa como um todo e seu compromisso com as mudanças necessárias para o planeta, desde o enfrentamento das desigualdades, das diversidades até o aprendizado contínuo ao longo da vida, aprender a aprender.

Cunha (2004) levanta uma questão em relação à prática profissional que dificulta efetivar a atenção à saúde: *“a produção de dependência na Atenção Básica (AB), ou a não produção de autonomia é um grave problema para a oferta de serviços”* (CUNHA, 2004 p. 47). Reconhecer que o paciente é o protagonista da ação e não expectador, que é com ele e não para ele que as ações em saúde são pensadas, e que essas ações precisam ser construídas em conjunto, atos que garantem o diálogo e a autonomia no processo (HADDAD, 2014).

A postura emancipatória utiliza-se da racionalidade e dos conhecimentos sobre as doenças, porém não se limita a elas, auxiliando na ampliação do olhar sobre os modos de cuidado da vida (HORA *et al.*, 2013). Miranda *et al.* (2011) apontam para necessidade crescente de qualificação profissional competente para a ESF, que seja capaz de induzir mudanças que produzam saúde. Ser competente parece ser uma palavra de ordem no discurso profissional atual, mas, afinal, o que é ser competente?

Segundo Araújo (2007), para o termo competência, são adotados várias interpretações, que vão desde uma visão sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes, como sendo um conjunto de tarefas independentes, até uma concepção de interdependência, entre esses fatores. Outras interpretações desconsideram o contexto em que elas acontecem, até abordagens holísticas e integradas do conceito de competência, que contemplam a junção dos atributos ao seu contexto de forma dialógica.

Segundo Perrenoud (1998), o termo competência vai além de reunir recursos cognoscíveis, estaria mais próximo de um complexo movimento de integração do conhecimento, ações e atitudes, com o intuito de responder às demandas da realidade.

“Uma competência é um saber-mobilizar. Não se trata de uma técnica ou de mais um saber, mas de uma capacidade de mobilizar um conjunto de recursos - conhecimentos, know-how, esquemas de avaliação e de ação, ferramentas, atitudes - a fim de enfrentar com eficácia situações complexas e inéditas” (PERRENOUD, 1998 p. 208).

Define-se *“competência como resultado de um conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes que conferem ao profissional condições para resolver seu trabalho”* (SAUPE *et al.*, 2006 p.33). Para Saupe (1979) apud SAUPE, (2006), ao integrar a atitude às outras dimensões, a autora coloca dessa seguinte forma:

O círculo de desenvolvimento do profissional competente expande-se no sentido pessoal, através da busca do conhecimento como processo contínuo e exercício da cidadania; no sentido profissional, na busca do reconhecimento e postura autônoma, participativa e interdisciplinar na equipe; no sentido educativo, procurando desenvolver um processo orientado para a conscientização (reflexão –ação); e, no sentido político, que orienta para que o profissional seja um gerente e agente de influência nas políticas de saúde, nos órgãos de classe e nas demais organizações da sociedade, contribuindo para a construção da cidadania coletiva. (Saupe, 1979 p. 144)

A noção de competência para a área da saúde, segundo Saupe *et al.* (2007), traz a ideia da necessidade de que esses conhecimentos, habilidades e atitudes sejam emanados dos recursos humanos no sentido de fortalecer o SUS e a Estratégia Saúde da Família (ESF) como resultado de um conjunto de processo técnicos e sociais.

Burgatti *et al.* (2013), ao discorrerem sobre competência, afirmam que o profissional precisa ir além dos conhecimentos teóricos e práticos. Trazem a reflexão sobre quais dimensões representaria a competência profissional, tendo como referência o relatório da Conferência Internacional sobre educação para o século XXI, sob coordenação de Jacques Delors, que posta como competência a articulação dos saberes: conhecer, fazer, ser e conviver.

O currículo por competência é uma das propostas de mudança na formação em saúde (HADDAD, 2014). Para Nascimento; Oliveira (2010), a ideia do perfil de acordo com a competência para o trabalho na ESF é reforçado, recomendando-se repensar a formação para que contribua nessa direção.

2.4 Formação médica

O desenvolvimento na área da saúde, em particular da medicina, favoreceu o crescimento do modelo biomédico, focado na doença e menos no paciente, com a sua subjetividade. A supremacia da tecnologia entrelaçada na prática médica ofusca o aspecto subjetivo da relação médico-paciente (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Colabora para a manutenção da tradicional hegemônica prática médica, conhecida como modelo biomédico, a concepção do homem como máquina, composto por partes fragmentadas que se inter-relacionam, e a doença seria algum

defeito dessa engrenagem justaposta, sendo necessário reparar apenas a parte em que o problema é evidenciado (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

De acordo com Koifman (2001), o modelo biomédico traz a concepção de mecanicidade para explicar o funcionamento complexo do ser humano, que o reduz à visão biologista, fragmentando a pessoa, desconsiderando aspectos que influenciam, mantêm ou pioram o estado de saúde da pessoa, como as dimensões, sociais, psicológicas e comportamentais. Por isso, uma reflexão sobre essas dimensões históricas, culturais, sociais, ambientais, psicológicas e espirituais na formação do profissional em medicina torna-se uma demanda atual.

Muitos já são os questionamentos sobre as mudanças e as adequações do ensino médico frente às novas reflexões sobre as práticas em saúde no enfrentamento da ruptura com modelos que não respondem adequadamente às necessidades atuais dos serviços de saúde e das pessoas. E a pergunta é como e o que fazer para instigar e instalar uma nova postura sociocêntrica do indivíduo e comunidade (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Para Moreti-Pires e Bueno (2009), um dos entraves para uma prática mais humanizada está no processo de formação profissional:

“A formação universitária ainda se mantém distante do enfoque totalizador do ser humano, permanecendo centrada no modelo de ensino das técnicas e no desenvolvimento restrito de competências, sem legar, ao futuro profissional, raciocínio crítico reflexivo para ação junto ao paciente e, no contexto social, modulador da e modulado pela sociedade em que e com a qual está vivendo.” (MORETI-PIRES e BUENO, 2009, p. 441).

As influências históricas flexnerianas deixaram como legado uma supervalorização das especialidades médicas, disciplinarização, foco na doença, visão curativa, biologicismo, nosocentrismo. Ao propor a padronização das escolas médicas, fato necessário, Flexner corresponde ao movimento positivista em ascensão e liga as mudanças ao cientificismo reducionista. Ao repensar o ensino médico e as mudanças necessárias para acompanhar as necessidades de saúde, somam-se as forças OMS, Network, Ministérios da Educação e Saúde, Universidades, entre outras, para conseguir redirecionar as práticas de saúde (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001; PAGLIOSA e ROS, 2008).

Outras influências e repercussão no ensino médico são oriundas da explicação histórica e social do processo saúde doença. Lalonde, ministro

canadense, em seu informe na década de 70, introduz uma atualização do conceito de promoção da saúde, reiterando a correlação entre ambiente e estilos de vida na causalidade do processo saúde doença (WESTPHAL, 2006). Nesse pensamento, as conferências seguiram oferecendo apoio ao pensamento holístico e emancipatório que estava conquistando repercussão mundial.

Alma Ata em 1978 foi um marco para diretrizes das ações em saúde com o slogan Saúde para todos no ano 2000. Ottawa em 1986 deixa seu legado para as práticas de promoção à saúde ao enfatizar o conceito positivo de saúde. Adelaide em 1988 foca nos determinantes sociais em saúde como produtores de iniquidades sociais e econômicas. A conferência do México em 2000 chamou a atenção para as pactuações anteriores e reafirmou a necessidade de um mundo mais equânime. Houve muitas outras conferências internacionais em saúde, seja para discutir promoção à saúde ou reavaliar os vários sistemas de saúde na formulação de diretrizes em saúde (WESTPHAL, 2006). Sua importância para a formação médica se dá pela atualização dos caminhos e propostas de saúde a serem atingidos pela coletividade.

Hora *et al.* (2013), ao refletirem sobre o SUS e o relatório norte-americano intitulado *Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World (Os profissionais de saúde para um novo século: educação transformadora para fortalecer os sistemas de saúde em um mundo interdependente)*, colocam que as mudanças na formação dos profissionais de saúde foram alavancas pela educação médica, tecendo uma crítica sobre o marco médico-hegemônico na trajetória das mudanças. Revelam ainda que os profissionais estão aquém da efetivação da cidadania, reiteram a necessidade de posicionamento político em conjunto com a sociedade que faça frente ao direito à saúde, cobrando do estado seu dever de garanti-la. Cabe ressaltar que, ao falarem de saúde, resgatam-na em seu sentido amplo, com qualidade, integralidade, acessibilidade, incluindo promoção, prevenção e reabilitação para os estados de saúde e doença.

A construção do SUS por meio da Reforma Sanitária acaba por influenciar a formação médica, seja do ponto de vista histórico ou como modelo de inspiração de mudanças. Movimento de cunho popular, os defensores da Reforma Sanitária ansiavam pela liberdade democrática e faziam oposição ao regime militar. Com intensa capacidade propositiva da população, eles puderam lutar pelo direito à

saúde e delinear o SUS na VIII Conferência Nacional de Saúde (VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

Souza (2011) resume em quatro pontos as mudanças no ensino médico: a) perda da visão da terminalidade do ensino médico dentro do currículo de graduação, aprender a aprender; b) perda da ilusão da autossuficiência das ciências biomédicas; c) dificuldade de formar um médico com o perfil adequado às demandas dos principais modelos assistenciais; e d) perda do poder do professor em seu território tradicional, preso na posse de conhecimento.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação para os cursos da área da saúde e outras iniciativas para reformulação e/ou implementação dos currículos, tais como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed) e o Programa Nacional de Reorientação da formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), ambos comprometidos com a efetivação do SUS, destacam a necessidade de formar profissionais com perfil crítico reflexivo sobre a realidade, comunicativo, capaz de resolver problemas, clínico habilidoso em todos os níveis de atenção à saúde, generalista e humanista (BRASIL, 2001; HADDAD *et al* 2011).

Com o intuito de repensar a formação dos profissionais de saúde, o Pró-Saúde tem como foco de atenção três eixos: orientação teórica, orientação pedagógica e cenários de prática. A avaliação do Pró-Saúde é positiva e destaca o aprofundamento da integração ensino-serviço, aprimoramento das habilidades de comunicação dos acadêmicos com os pacientes, compreensão da complexidade social, aprendizado do processo de trabalho em equipe e verificação da progressiva autonomia dos estudantes (HADDAD, 2014).

A formação acadêmica precisa acompanhar as mudanças no cenário nacional do eixo ensino-serviço. Inserir o aluno nos espaços da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é uma estratégia pedagógica do aprender fazendo e o destaca como aprendiz, pois sua assimilação e comprometimento serão mais efetivos. Rompe-se o caminho teoria-prática ao substituí-lo por um modelo ação-reflexão-ação (MITRE *et al.*, 2008).

2.5 Programa Saúde e Prevenção nas Escolas

No intuito de minimizar as vulnerabilidades sociais, em dezembro de 2007 foi instituído o Programa Saúde na Escola, no âmbito da educação e da saúde, interministerial, com a finalidade de contribuir para a formação integral do escolar da rede pública, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção em saúde dos adolescentes e jovens. Essa não foi a primeira tentativa governamental de trabalhar temas como a saúde sexual e reprodutiva dentro dos espaços escolares, tendo sido precedida pelo projetos “Projeto escola” e “Salto para o futuro”, ambos preocupados com a vulnerabilidade dos jovens, principalmente em tempos de franca epidemia do HIV (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

O SPE foi colocado em prática como projeto piloto antes do decreto nº 6286, de 05 de dezembro de 2007, tendo suas ações acontecido no Acre, São Paulo e Paraná. Seu caráter inovador veio principalmente com as propostas de distribuição de preservativos nas escolas e a integração das escolas com as unidades de saúde, pela pactuação dos Ministérios da Educação e da Saúde. Trata-se de um programa apoiado pela UNESCO – Organizações das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura, UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância e pelo UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde na Escola (PSE) reúne vários componentes: componente I - avaliação clínica e psicossocial; componente II – promoção e prevenção à saúde; e componente III – formação. Esses componentes são articulados para que as ações possam ser executadas e acompanhadas com a participação popular de trabalhadores da educação e da saúde e gestores, de forma a garantir mais cidadania à população (BRASIL, 2011b).

Na abrangência do PSE, em relação ao componente II – Promoção e prevenção à saúde, está inserido o SPE, que revela em suas propostas de intervenção uma coerência política pedagógica do processo de educação emancipatória. Os temas abordados perpassam a sexualidade humana, a diversidade cultural, uso e abuso de álcool e outras drogas, gênero e raça, ações desencadeadoras do protagonismo juvenil e cidadania (BRASIL, 2011b).

Os objetivos do SPE são: garantir a proteção e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos; colaborar para o enfrentamento do HIV entre adolescentes e jovens; fomentar a participação e o protagonismo; e ampliar o debate sobre promoção da

saúde através de ações conjuntas com o setor da saúde e da educação (BRASIL 2010).

Para obter adesão e resolutividade com a proposta, insere-se o escolar como protagonista de suas ações, usando da educação entre pares, desenvolvendo as práticas de saúde (BRASIL, 2007; BRASIL 2010).

A educação entre pares ou educação de iguais (mesma realidade, valores, faixa etária) configura-se como uma maneira de fazer saúde, que rompe com o ensinar e aprender tão rigidamente construído, para desenvolver ações em saúde. Educação entre pares ou de pares traz um jeito de falar com o outro, de jovem para jovem, construindo reflexões e significados para suas práticas cotidianas. Ao ser um educador entre os pares, o jovem possibilita a utilização de vários conhecimentos, ter mais pró-atividade e, acima de tudo, desenvolver um senso de comprometimento consigo próprio e com a realidade que o cerca (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a).

Em relação à forma de abordar os escolares, respeitar os saberes com base em suas realidades, é apontada, como caminho, uma postura a ser adotada por todos os atores envolvidos - educandos, professores e funcionários. É preciso interpretar o modo de viver, refletir sobre práticas que melhoram a vida. Para atingir essa reflexão, é necessário problematizar, democratizar, empoderar os sujeitos a partir de si mesmos para a realidade (BRASIL, 2011b).

A metodologia usada no desenvolvimento da proposta SPE cunha uma trajetória de participação construída pela autonomia do sujeito, reflexão da sua própria realidade no que se refere à promoção de cidadania. As atividades propostas trazem desafios da própria realidade dos sujeitos, o que, segundo Freire, fomenta possibilidade de reflexão e enfrentamento dos problemas apresentados, sentindo-se parte interessada em atuar em prol de melhores e criativas respostas para a situação explicitada (FREIRE, 1987). Mais do que uma receita, as propostas de trabalho com os adolescentes e jovens segue uma lógica: a da participação e reflexão (BRASIL 2010).

Ser um educador, tendo escolares como multiplicadores, requer para a condução como facilitador do processo, habilidades como saber ouvir e se fazer ouvir, promover a articulação de ideias, conviver com as diferenças, respeitar opiniões, saber conviver, ser capaz de estabelecer vínculo, ser aberto para o diálogo e algumas outras habilidades burocráticas em relação à organização dos encontros (BRASIL, 2011b).

2.6 O SPE no curso de medicina da Universidade Uniderp/Anhanguera

O projeto pedagógico do curso de medicina da Universidade Uniderp/Anhanguera está em consonância com as diretrizes curriculares do MEC. Evidencia em seu currículo uma formação generalista, voltada para que o egresso seja capaz de resolver problemas, tenha comunicação eficaz, seja autônomo, líder e consiga realizar educação em saúde em todos os níveis de atenção bem como mostrar sua competência técnica adquirida ao longo do curso de graduação (UNIDERP, 2004).

Expor o acadêmico a situações reais durante a formação pode colaborar para a aquisição dessas habilidades interpessoais na prática. Olhar para a formação atual e vislumbrar um profissional mais habilidoso na atenção primária reúne esforços da intersetoriais da saúde e da educação para o investimento e aposta em iniciativas mais ousadas (HADDAD, 2014).

Inserir atividade que possibilite aos acadêmicos a incorporação de habilidades médicas que os tornarão melhores profissionais é uma prerrogativa do corpo docente do curso de medicina. Nessa perspectiva, o SPE surge como estratégia de humanização do cuidado, sendo conhecido e implementado pelos professores do Programa Interinstitucional de Interação Ensino Serviço e Comunidade (PINESC) e Habilidades Médicas como um rico e importante espaço de construção da identidade profissional do acadêmico (BRAGA, 2015; BORGES & SOUZA, 2015).

Desde o ano de 2012, ocorre a prática do SPE entre os estudantes do curso de medicina do terceiro semestre, como proposta de educação em saúde. O cenário de execução das atividades do SPE é a ESF juntamente com a escola do território de abrangência. O módulo longitudinal PINESC é o responsável por sua organização, capacitação, supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas pelos acadêmicos (BORGES & SOUZA, 2015).

O desafio do SPE como programa interministerial é colaborar para a efetivação da intersetorialidade posta como parte das estratégias do eixo interação-serviço, que dão suporte às mudanças propostas para a formação dos profissionais da saúde (HADDAD, 2014). A incorporação de competências clínicas que efetivem a Clínica Ampliada pode colaborar para a ação-reflexão-ação da formação médica em relação às DCNs. O intuito é reorientar as práticas de saúde para o atendimento

com resolutividade da Atenção Primária à Saúde (FAVORETO, 2008; FIGUEIREDO & CAMPOS, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender a influência do desenvolvimento do programa SPE entre os estudantes do curso de medicina, para incorporação de parâmetros da competência para a Clínica Ampliada.

3.2 Objetivos específicos

- Elaborar proposta de parâmetros para análise de competência na formação médica para desenvolvimento da Clínica Ampliada.
- Identificar entre os estudantes parâmetros da competência para a Clínica Ampliada, influenciada pela participação no programa SPE.
- Conhecer as percepções dos professores sobre a influência do desenvolvimento da proposta SPE para a formação médica.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa e local da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, pois buscou compreender a influência do desenvolvimento do programa SPE entre os estudantes de medicina da Uniderp/Anhanguera, para incorporação de parâmetros da competência para a Clínica Ampliada.

A indicação de parâmetros em relação à competência para a Clínica Ampliada foi desenvolvida como uma pesquisa documental em textos de referência sobre o tema.

4.2 Procedimentos da coleta de dados

4.2.1 Pesquisa documental

Foi feita uma pesquisa documental, assim caracterizada por se tratar fontes bibliográficas. Neste trabalho, foram considerados como fontes, documentos representativos da construção dos delineamentos da “Clínica Ampliada”. Os textos dos documentos escolhidos foram interpretados por meio de Análise Textual Discursiva (ATD), conforme delineada por Moraes (2003), buscando descritores e competências da CA.

Os três documentos eleitos foram considerados representativos por contemplarem os seguintes critérios em relação à Clínica Ampliada: apresentação de fundamentação teórica pertinente, delinearem indicações operacionais e/ou se constituírem como representação oficial do Ministério da Saúde para o tema, descritos a seguir.

Documento 1 - “O Sistema Único de Saúde brasileiro e a Clínica Ampliada”, capítulo 02 do livro “Psicologia e Saúde Coletiva”, de autoria de Frutuoso e Saur, organizado por Zurba (2011). Caracteriza-se por apresentar uma fundamentação teórica consistente. Recompõe a trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS), alavancando mudanças como a Clínica Ampliada. É um importante relato, pois ao constatar alternativas atuais como a Clínica Ampliada, é preciso remontar ao

passado histórico do SUS. O movimento da reforma sanitária e a VIII Conferência de Saúde, em conjunto com a constituição brasileira, conferiram um novo caráter à saúde do Brasil (FRUTUOSO E SAUR, 2011). Desde a década de 80, a saúde passa a ser direito do cidadão e dever do estado, contemplando essa mudança de paradigma a necessidade de pensar a saúde de uma forma ampliada e compartilhada.

Documento 2 - “Lembretes e sugestões para orientar a prática da Clínica Ampliada e Compartilhada”, material construído em parceria com os alunos do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do cuidado na Atenção Básica”, oferecido em 2008 e 2009 pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, para profissionais da rede SUS-Campinas, parte da tese de doutorado “A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paideia e formação”. Caracteriza-se por apresentar de forma sintética e operacional parâmetros para a Competência da Clínica Ampliada, baseando-se em referencial teórico pertinente. Propõe sugestões para o profissional de saúde conhecer e inserir no cotidiano do serviço em saúde novos olhares e práticas que potencializem as relações de cuidado oferecidas, apresentando operacionalização da prática, fato que envolve leitura dinâmica e sua aplicabilidade.

Documento 3 - “Clínica Ampliada e Compartilhada”, do Ministério da Saúde (2009). Apresenta consistência teórica e se delinea como um dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que orienta as práticas em saúde do Brasil, com ampla divulgação para o serviço em saúde. Caracteriza-se pela representatividade oficial, tendo em vista que posta os objetivos da Clínica Ampliada e Compartilhada como item da Política Nacional de Humanização (PNH). Com o intuito de responder à pergunta chave: Por que precisamos da Clínica Ampliada? Argumentos são trazidos com exemplos reais, mostrando como o olhar mais abrangente permite benefícios para os profissionais, usuário e o sistema de saúde brasileiro, oferecendo sugestões para sua operacionalização da prática.

Para fins de identificação dos trechos coletados nos textos, os documentos de referência receberam os códigos R1, R2 e R3.

A análise dos textos foi feita pelo processo de “Análise Textual Discursiva” (ATD), que, conforme Moraes (2003, p.192):

Pode ser compreendida como um processo auto-organizado de construção de compreensão em que novos entendimentos emergem de uma sequência recursiva de três componentes: desconstrução dos textos do corpus, a unitarização; estabelecimento de relações entre os elementos unitários, a categorização; o captar do novo emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada. (MORAES, 2003, p.192).

Tendo como referência a escolha dos documentos, procurou-se, conforme o delineamento metodológico ATD, desconstruí-los, estabelecendo as unidades representativas e relacioná-las, segundo uma leitura minuciosa, para correlacioná-las posteriormente aos domínios estabelecidos, tendo como base os Pilares da Educação do relatório para a UNESCO sobre a educação para o século XXI. E assim, captar o novo, que se constitui na interpretação de competência para o desenvolvimento da Clínica Ampliada.

As categorias relativas à competência para Clínica Ampliada foram estabelecidas *a priori*, visto terem seguido o delineamento dos Pilares da Educação propostos por Delors (1988). Dessa forma, utilizou-se o termo competência para designar as quatro categorias construídas: aprender a conhecer, a fazer, a conviver e a ser.

O referencial de competência adotado remonta à sua dimensão dialógica, combinação dos aspectos cognitivo, psicomotor e afetivo (LIMA, 2005). O aprender a conhecer representa o aspecto cognitivo, o aprender a fazer representa o aspecto psicomotor e o aprender a viver juntos e o aprender a ser correspondem ao aspecto afetivo (SAUPE, 2007).

O processo de análise dos documentos eleitos foi feito seguindo as etapas propostas pela ATD, conforme discutida por Moraes (2003).

A primeira etapa da ATD foi a “desmontagem dos textos”, em que é feita uma análise dos textos, buscando a unitarização, ou seja, desmontando-os no sentido de evidenciar unidades base representativas do foco do estudo.

Para tal, os três documentos foram lidos buscando a compreensão de cada indicativo das características da “Clínica Ampliada”. Os trechos escolhidos, unidades base dos textos, foram transcritos e constituíram uma listagem geral.

A segunda etapa consiste no “Estabelecimento de relações”, em que são caracterizadas as categorizações com a construção de relações entre as unidades de base, classificando-as em conjuntos com características comuns.

No processo desenvolvido, as categorizações foram preestabelecidas considerando os quatro pilares da educação de Delors. Assim, os trechos transcritos dos três documentos eleitos foram agrupados, conforme suas características, nos respectivos pilares que estão sendo considerados como saberes para o desenvolvimento da Clínica Ampliada.

Na terceira etapa, buscou-se captar o novo emergente pela interpretação dos dados obtidos em suas categorias e construir uma compreensão do todo, elaborando-a e comunicando como um metatexto. Neste trabalho, a etapa é constituída na tabela denominada “Quadro dos documentos analisados da Clínica Ampliada”, em que são listados trechos escolhidos no processo de unitarização, identificados pelo código atribuído a cada documento, conforme expresso na metodologia, e agrupado nas categorias que correspondem aos quatro pilares da educação, sendo delineadas como competências para o desenvolvimento da Clínica Ampliada.

Para Moraes (2003), as três etapas constituem um processo auto-organizado do qual surgem novas compreensões, e os resultados podem fazer emergir o novo, ou seja, novas compreensões do fenômeno em estudo. Então, pode-se compreender que, após esse processo, as partes e o todo se entrelaçam, trazendo sentido para o material estudado e a compreensão do objeto agora reconstruído.

A nova compreensão elaborada neste trabalho está sendo comunicada na organização final de parâmetros dos saberes necessários para competência da Clínica Ampliada, correspondendo a cada um dos pilares (Quadro 5).

4.2.2 Pesquisa descritiva

A busca de dados para compreender a influência do desenvolvimento do programa SPE entre os estudantes do curso de medicina, para incorporação de parâmetros da competência para a Clínica Ampliada foi feita pelo grupo focal com

alunos do curso de medicina e questionário com docentes participantes do programa SPE.

4.2.2.1 Grupo Focal

A coleta de dados pelo grupo focal teve um encontro, balizado por questões que propiciaram a reflexão dos alunos sobre a possível influência do desenvolvimento do programa SPE para a incorporação de parâmetros da competência para a Clínica Ampliada.

O pesquisador marcou o grupo focal e avisou os participantes, com antecedência, dia, hora e local. Para o agendamento dessa atividade, foi feita a consulta das atividades semanais previstas para não oferecer impedimento de comparecimento dos acadêmicos.

A amostra se deu por conveniência, tendo sido convidado o representante de cada grupo de Pinesc, 18 no total. Alguns acadêmicos que não puderam participar enviaram outro membro do seu grupo para representá-los, tendo havido sete unidades sem representação, dessa forma, o grupo focal compreendeu 11 acadêmicos. Para a realização do grupo focal, foi utilizada uma sala de aula ampla, com privacidade e de fácil acesso aos participantes, localizada na Universidade Uniderp na primeira quinzena de dezembro.

Na ocasião do grupo focal, antes do seu início, os membros leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCL-1 (APÊNDICE B). As perguntas balizadoras foram feitas ao grupo, com seus componentes dispostos em círculo, e solicitado que, ao responderem à questão, dissessem primeiramente seu nome, também foi reafirmada a utilização de gravação audiovisual no início do encontro. O encontro aconteceu em uma das salas da universidade e teve um coordenador para auxiliar nos aspectos práticos como a administração do tempo, gravação das entrevistas e *feedback* para o coordenador sobre algum evento adverso e inesperado.

4.2.2.1.1 Sujeito da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os acadêmicos do curso de medicina do quarto semestre, que já haviam desenvolvido o SPE nas unidades escolares, vinculadas à

sua Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do corrente ano. Foram incluídos alunos regularmente matriculados no segundo semestre de 2015. Foram excluídos da pesquisa acadêmicos transferidos que não desenvolveram o programa na escola e também os que não estavam matriculados no semestre em questão.

Também fizeram parte como sujeitos da pesquisa 2 professores do quadro de funcionários da Uniderpa. Foram incluídos professores que se submeteram à capacitação do SPE e acompanharam o processo do desenvolvimento do programa SPE, em que fizeram capacitação e supervisão teórico-prática. Foram excluídos professores que não tiveram capacitação inicial no SPE e professores de licença médica.

4.2.2.2 Questionário

Também participaram da pesquisa, professores envolvidos no programa SPE, investigados através do preenchimento de algumas questões sobre o desenvolvimento dos estudantes durante as oficinas de capacitação e trabalhos nas escolas (Apêndice D).

Responderam ao questionário dois professores dos quatro responsáveis, além da pesquisadora. Os motivos da não participação dos outros dois docentes foram: uma por licença a saúde e a outra por não ter tido a capacitação do SPE. Os docentes participantes leram e consentiram sua participação mediante registro de sua vontade no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCL-2 (APÊNDICE C).

4.2.2.3 Análise dos dados e aspectos éticos

Com respaldo nas transcrições literais das entrevistas (APÊNDICE E), coletadas nos grupos focais com os acadêmicos, bem como o recolhimento dos questionários dos professores, foram feitas análises de acordo com a Análise Textual Discursiva (ATD).

Segundo Moraes (2003), as análises textuais são cada vez mais frequentes em pesquisas qualitativas, seja na análise de material já compilado ou construindo conteúdo com base em entrevistas e observações. Como método de investigação,

almeja-se aprofundar a compreensão sobre o fenômeno abordado, respaldado por critérios rigorosos a serem cumpridos.

As análises tanto dos discursos como dos documentos serão feitas pelo processo de “Análise textual Discursiva” (ATD), pois, conforme Moraes (2003, p.192),

“[...] pode ser compreendida como um processo auto-organizado de construção de compreensão em que novos entendimentos emergem de uma sequência recursiva de três componentes: desconstrução dos textos do corpus, a unitarização; estabelecimento de relações entre os elementos unitários, a categorização; o captar do novo emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada” (MORAES, 2003, p.192).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 01/09/2015. O consentimento livre e esclarecido estipulado segundo a Resolução 466/2012 foi adotado ao iniciar a pesquisa com seus sujeitos.

Os participantes (estudantes) foram caracterizados pela letra P (P1, P2,... P11) e os docentes pela letra D (D1 e D2).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1- Elaboração de uma matriz de competências para a Clínica Ampliada

Após a análise e unitarização, foram estabelecidas relações entre os elementos unitários que indicaram parâmetros de cada um dos “pilares da educação” propostos por Delors.

O Quadro 1 apresenta as unidades eleitas dos documentos e os parâmetros delineados que caracterizam o pilar “Aprender a conhecer”.

Quadro 1 – Unidades representativas do pilar “Aprender a conhecer”

(continua)

Aprender a conhecer	
Unidades	Parâmetros
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incorporar outros saberes ao processo de saúde-doença.(R1)</i> • <i>Articular saberes e perspectivas de diferentes disciplinas do processo saúde-doença.(R1)</i> • <i>Integrar várias abordagens.(R3)</i> • <i>Ampliação do objeto de trabalho.(R3)</i> • <i>Compreensão ampliada do processo saúde doença.(R3)</i> 	<p>Compreender numa abordagem ampliada o processo saúde doença integrando conhecimentos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Compreender o sujeito nas dimensões sociais e subjetivas.(R1)</i> • <i>Considerar as dimensões biopsicossociais.(R1)</i> • <i>Incorporar o subjetivo e o social.(R2)</i> 	<p>Compreender o sujeito subjetivamente, considerando aspectos biopsicossociais.</p>

(continuação)

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incluir o contexto e o próprio sujeito portador da enfermidade.(R1)</i> • <i>Conhecer a história de vida das pessoas.(R2)</i> • <i>Compreender a doença e relacioná-la com a vida da pessoa.(R3)</i> 	Compreender a doença e relacioná-la com a história de vida do paciente no seu contexto.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Compreender o sentido da doença.(R2)</i> • <i>Compreender o impacto da doença.(R2)</i> 	Compreender e reconhecer o sentido e o impacto que a doença traz para a vida pessoa.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Inclusão de novos instrumentos.(R3)</i> • <i>Busca de resultados eficientes.(R3)</i> 	Incluir novos instrumentos para atingir resultados eficientes.

Na categoria “aprender a conhecer”, pode-se entender: Compreensão ampliada do processo saúde doença e do objeto de trabalho, integrando vários outros saberes (R1, R2, R3); Compreender o sujeito subjetivamente e nos aspectos biopsicossociais (R1, R2); Conhecer a história de vida no seu contexto, compreender a doença e relacioná-la com a vida da pessoa (R1, R2, R3); Compreender e reconhecer o sentido e impacto que a doença traz para a vida pessoa (R2); Busca e inclusão de novos instrumentos para atingir resultados eficientes (R3).

Compreender os outros fatores além do biológico amplia o olhar e aproxima profissional e usuário, resgatando a humanidade e aumentando a resolutividade da ação (DE MARCO *et al.*, 2012).

Para Campos & Campos (2006), a atualidade reproduz uma cisão do olhar (exteriorização do ser) e da escuta (atenção à subjetividade), insiste que, a partir da ampliação da clínica, união do olhar e do escutar, os resultados podem ser mais efetivos. Uma clínica praticada no sentido da arte pode resgatar a dimensão subjetiva e social inerente à pessoa, atrelando a singularidade pertinente a cada caso.

O Quadro 2 apresenta as unidades eleitas dos documentos e os parâmetros delineados em relação ao pilar “Aprender a fazer”.

Quadro 2 – Unidades representativas do pilar “Aprender a fazer”

(continua)

Aprender a fazer	
Unidades	Parâmetros
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Propiciar um tratamento mais abrangente.(R1)</i> • <i>Propor promoção e prevenção das doenças.(R2)</i> • <i>Promover a reabilitação e prevenção.(R1)</i> 	<p>Propor um tratamento abrangente que contemple a reabilitação e a prevenção das doenças e promoção da saúde</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desenvolver a autonomia do indivíduo.(R1)</i> • <i>Apoiar o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.(R2)</i> 	<p>Promover a autonomia dos indivíduos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diversificar o repertório de ações.(R2)</i> • <i>Lidar com problemas subjetivos e sociais.(R2)</i> • <i>Manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde.(R3)</i> • <i>Desenvolver capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica.(R3)</i> • <i>Desenvolver capacidade de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos.R3)</i> 	<p>Manejar com eficácia a complexidade do trabalho em saúde, diversificando o repertório de ações para lidar como problemas subjetivos e sociais.</p> <p>Desenvolver a capacidade crítica com relação às condutas automatizadas.</p> <p>Lidar com a família e a comunidade, considerando aspectos do delineamento do contexto da doença e tratamento do paciente.</p> <p>Ampliar a capacidade do sujeito de superar a crise.</p>

(continuação)

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desenvolver capacidade para lidar com a família e comunidade.(R3)</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Identificar projetos e desejos.(R2)</i> • <i>Entender a opinião do paciente sobre as causas da sua doença.(R3)</i> • <i>Lidar com a doença de modo proveitoso para o paciente.(R3)</i> • <i>Incorporar a opinião do sujeito interessado.(R1)</i> 	<p>Identificar projetos e desejos do paciente, considerando-os na construção do projeto terapêutico.</p> <p>Buscar entender a opinião do paciente sobre as causas da sua doença e lidar com essa informação de modo proveitoso para o paciente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desenvolver a escuta.R3)</i> • <i>Desenvolver a capacidade de escuta do outro e de si mesmo.(R3)</i> • <i>Habilidade de escuta.(R2)</i> • <i>Possibilidade de expressão, ação e interação dialética.(R1)</i> 	<p>Desenvolver a habilidade de escuta do outro e de si mesmo.</p> <p>Exercer a dialética.</p>

Em relação ao “aprender a fazer”, a compreensão aponta para o seguinte: Propor um tratamento abrangente que contemple a reabilitação e prevenção das doenças e promoção da saúde (R1, R2); Promover a autonomia dos indivíduos (R1, R2); Manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, diversificar o repertório de ações para lidar com problemas subjetivos e sociais; Desenvolver a capacidade crítica, lidar com a família e a comunidade, ampliar a capacidade do sujeito de superar a crise (R2, R3); Identificar projetos, desejos, procurar entender a opinião do paciente sobre as causas da sua doença e lidar com a doença de modo proveitoso para o paciente (R1, R2, R3); Desenvolver a habilidade de escuta do outro e de si mesmo; Exercer uma interação dialética com possibilidade de expressão e ação (R1, R2, R3).

Embora a noção do “saber fazer” se destaque em relação às demais no senso geral como sinônimo de competência profissional, por si só essa dimensão não garante sua competência, pois, como afirma Araújo (2007), é preciso ir além do saber fazer e visões dessa natureza impõem limitação ao perfil profissional discutido na atualidade.

Para uma proposta mais resolutiva em saúde, é importante repensar a prática: É eficiente somente prescrever, orientar e passar informações? Quem é o sujeito que se sujeita às ordens? O que pensa? O que sente? O que faz? Como explica seus processos de saúde e doença? Campos & Campos (2006) rediscutem que os fatores de risco não existem à parte das pessoas, isolados, é preciso primeiro existir um ser que os portam, que os façam. Logo, é necessário compreender as forças internas, de rede, de poder, para coconstruir propostas de intervenção coerentes com o que se vive.

O Quadro 3 apresenta as unidades eleitas dos documentos e os parâmetros delineados em relação ao pilar “Aprender a conviver”.

Quadro 3 – Unidades representativas do pilar “Aprender a conviver”

(continua)

Aprender a conviver	
Unidades	Parâmetros
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Reconhecimento mútuo entre os sujeitos (profissionais e usuários).(R1)</i> • <i>Corresponsabilização dos profissionais de saúde e usuários.(R1)</i> • <i>Corresponsabilização do cuidado.(R3)</i> 	<p>Admitir a corresponsabilização do cuidado entre profissionais e usuários e o reconhecimento mútuo entre esses sujeitos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estímulo ao trabalho em equipe, diferentes profissionais em um mesmo caso.(R1)</i> 	<p>Coproduzir projetos terapêuticos (vários profissionais) em conjunto com o paciente (discutir e negociar).</p>

(continuação)

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coprodução de projetos terapêuticos em conjunto com o paciente.(R1)</i> • <i>Compartilhamento de saberes e poderes.(R2)</i> • <i>Trabalhar com pessoas e coletivos.(R2)</i> • <i>Trabalho em equipe e em rede.(R2)</i> • <i>Aprender a fazer algo de forma compartilhada.(R3)</i> • <i>Desenvolver a flexibilidade da equipe.(R3)</i> • <i>Promover uma comunicação transversal na equipe e entre equipes.(R3)</i> • <i>Discutir e negociar o tratamento com a equipe e com os usuários.(R3)</i> • <i>Ampliar a capacidade do sujeito de superar a crise (R3)</i> 	<p>Trabalhar em equipe e em rede (coletivo), compartilhamento de saberes e poderes.</p> <p>Incorporar condutas flexíveis para o trabalho em grupo.</p> <p>Promover a comunicação intra e extraequipe.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relações baseadas no diálogo e na negociação.(R2)</i> • <i>Ampliar as formas de diálogo.(R3)</i> 	<p>Ampliar o diálogo e a negociação</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fortalecimento do vínculo.(R2)</i> • <i>Promoção de vínculos.(R1)</i> 	<p>Promover e fortalecer vínculos.</p> <p>Compreender os afetos alheios</p>

Para “Aprender a conviver”, foram revelados os seguintes itens: Corresponsabilização do cuidado, profissionais e usuários e reconhecimento mútuo entre os sujeitos (R1, R3); Coprodução de projetos terapêuticos (vários profissionais) em conjunto com o paciente (discutir e negociar), trabalho em equipe e em rede (coletivo), compartilhamento de saberes e poderes, flexibilidade para o trabalho em grupo, promover a comunicação intra e extraequipe (R1, R2, R3); Ampliar o diálogo

e a negociação (R2, R3); Promoção e fortalecimento de vínculos (R1, R2); Compreensão dos afetos alheios (R1, R2).

O Quadro 4 apresenta as unidades eleitas dos documentos e os parâmetros delineados em relação ao pilar “Aprender a ser”.

Quadro 4 – Unidades representativas do pilar “Aprender a ser”

Aprender a ser	
Unidades	Parâmetros
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ter uma visão holística do ser humano.(R1)</i> 	Desenvolver uma visão holística
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ficar atento aos afetos que o paciente desperta no profissional.(R2)</i> • <i>Compreender os próprios afetos.(R3)</i> • <i>Criar e ou procurar suporte para as próprias dificuldades.(R3)</i> 	Observar os próprios afetos, os afetos despertados pelo paciente no profissional e criar ou procurar suporte para as próprias dificuldades
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Responsabilização.(R2)</i> • <i>Assumir a responsabilização pelo cuidado.(R3)</i> 	Assumir a responsabilidade pelo cuidado prestado.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Obtenção de autonomia.(R3)</i> • <i>Valorizar o protagonismo e o controle social.(R1)</i> 	Promover e agir com autonomia.

Para o “Aprender a ser”, foram revelados os seguintes aspectos: Ter uma visão holística do ser humano (R1); Valorizar o protagonismo e controle social (R1); Observar os próprios afetos, os afetos despertados pelo paciente no profissional e criar ou procurar suporte para as próprias dificuldades (R2 e R3); Responsabilizar-se pelo cuidado prestado (R2,R3); Obtenção de autonomia (R3).

Os profissionais e usuários, conscientes ou não, recebem e projetam sentimentos nas relações estabelecidas, porém essas emoções nem sempre são bem manejadas, o importante é estar em constante vigilância e investigação dos próprios sentimentos e procurar ir além da demonstração do afeto alheio (BRASIL, 2009).

A organização das unidades eleitas dos documentos em parâmetros delineados em relação aos pilares ofereceu um delineamento da competência para o desenvolvimento da Clínica Ampliada, constituindo-se no novo emergente, apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 – Parâmetros da competência para o desenvolvimento da Clínica Ampliada organizados em saberes conforme os quatro pilares da educação

(continua)

Parâmetros para a competência no desenvolvimento da Clínica Ampliada
Aprender a conhecer
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender numa abordagem ampliada o processo saúde doença, integrando conhecimentos. • Compreender o sujeito subjetivamente, considerando aspectos biopsicossociais. • Compreender a doença e relacioná-la com a história de vida do paciente no seu contexto. • Compreender e reconhecer o sentido e impacto que a doença traz para a vida pessoa. • Incluir de novos instrumentos para atingir resultados eficientes.

(continuação)

Aprender a fazer

- Propor um tratamento abrangente que contemple a reabilitação e prevenção das doenças e promoção da saúde.
- Promover a autonomia dos indivíduos.
- Manejar com eficácia a complexidade do trabalho em saúde, diversificando o repertório de ações para lidar com problemas subjetivos e sociais.
- Desenvolver a capacidade crítica com relação às condutas automatizadas.
- Lidar com a família e a comunidade, considerando aspectos do delineamento do contexto da doença e tratamento do paciente.
- Ampliar a capacidade do sujeito de superar a crise.
- Identificar projetos, desejos do paciente, considerando-os no delineamento de um projeto de tratamento.
- Buscar entender a opinião do paciente sobre as causas da sua doença e lidar com essa informação de modo proveitoso para o paciente.
- Desenvolver a habilidade de escuta do outro e de si mesmo.
- Exercer uma interação dialética, com possibilidade de expressão e ação.

Aprender a conviver

- Admitir a corresponsabilização do cuidado entre profissionais e usuários e o reconhecimento mútuo entre esses sujeitos.
- Coproduzir projetos terapêuticos em conjunto com o paciente e diversos profissionais (discutir e negociar).
- Trabalhar em equipe e em rede (coletivo), compartilhamento de saberes e poderes.
- Incorporar condutas flexíveis para o trabalho em grupo.
- Promover a comunicação intra e extraequipe.
- Ampliar o diálogo e a negociação.
- Promover e fortalecer vínculos.
- Compreender os afetos alheios.

(continuação)

Aprender a ser

- Desenvolver uma visão holística.
- Observar os próprios afetos, os afetos despertados pelo paciente no profissional e criar ou procurar suporte para as próprias dificuldades.
- Assumir a responsabilidade pelo cuidado prestado.
- Promover e agir com autonomia.

O Quadro da Competência para o desenvolvimento da Clínica Ampliada sugere parâmetros organizados segundo saberes referentes aos quatro pilares da educação, para análise e estudos que podem nortear instrumentos de avaliação em diversos contextos. Possibilita a orientação dos sujeitos envolvidos na coprodução de saúde a desenvolver um olhar ampliado sobre o processo saúde-doença, emergindo sujeitos mais autônomos, críticos, conhecedores de seus sentimentos e necessidades, engajados com a vida e com a realidade que os cerca.

5.2 – O desenvolvimento de parâmetros da competência para a Clínica Ampliada entre estudantes do curso de Medicina: influências do programa SPE.

Os resultados expostos a seguir correlacionam as categorias predefinidas da Clínica Ampliada consideradas como os Pilares da Educação (aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser) e seus parâmetros, conforme apresentado no Quadro 5. As falas dos acadêmicos (P) mesclam-se com os depoimentos dos docentes (D), participantes do projeto SPE na instituição, nas respostas ao questionário.

5.2.1 Aprender a conhecer

“Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes”. Paulo Freire

O aprender a conhecer é uma saber importante que precisa ser acompanhado dos outros saberes para indicar a competência (DELORS *et al.*, 1998).

Os conhecimentos e saberes do domínio cognitivo são representados pelo conjunto de conteúdos obtidos predominantemente por meio de exposição, leitura e reelaboração crítica, que possibilitam ao profissional o domínio cognitivo de um saber e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (SAUPE et al., p. 656, 2007).

Entretanto é frequente a alusão a esse saber como mais importante e até suficientes para a competência. A concepção de competência em relação à Clínica Ampliada reconsidera esse aspecto no conjunto dos demais saberes, complementando e sendo complementado.

Na categoria do saber “aprender a conhecer”, foram percebidos os seguintes parâmetros:

- *Compreender o sujeito subjetivamente e nos aspectos biopsicossociais.*

A Clínica Ampliada envolve a percepção da complexidade em que o sujeito está inserido e os desafios de servir de apoio para lidar com aspectos subjetivos, inerentes ao ser. Pode-se perceber um discurso mais atual do processo de ampliação do aprender a conhecer sobre a pessoa, conforme as falas representativas a seguir:

[...] as crianças, sobre o álcool, elas têm um visão, diferente, né [...]: “ah você fica bem”, “você fica alegre”, “leve”, aí uma outra criança assim: “não, depois que minha mãe bebe, ela chora”. Sabe, aí cada um tem uma experiência na família, é de si próprio, né, mas ninguém admitiu lá que bebia”. (P6)

”As vivências que o pessoal passou pra gente, acho que a gente vai saber lidar com essas situações diferentes, né! Saber lidar com relatos que podem surpreender, mas a gente vai ter que aprender a lidar com isso pra poder ajudar, acalmar”. (P7)

As falas dos acadêmicos mostram que, ao admitirem que cada pessoa tem uma experiência singular, percebe-se que os fatores biopsicossociais transparecem nas falas produzidas. É importante para o profissional de saúde reconhecer que outras dimensões da vida da pessoa se intercambiam na forma de pensamentos, emoções e ações. Dessa forma, compreender o sujeito subjetivamente qualifica a ação, possibilitando maiores chances de vínculos terapêuticos.

Esse é um aspecto importante na formação para Clínica Ampliada, já ressaltado por Fincham (1992 apud UCHÔA & VIDAL, 1994), que abrange, há pelo menos duas décadas, a necessidade de extrapolar para fatores sociais e culturais o olhar sobre a pessoa.

Quando o acadêmico diz “*Saber lidar com relatos que podem surpreender, mas a gente vai ter que aprender a lidar com isso pra poder ajudar, acalmar...*” (P7) transparece que a realidade vivida e relatada exige preparo do aprendiz e futuro profissional para saber lidar da melhor forma com as situações reais, por sua vez, imprevisíveis.

Para melhor compreender esse campo de contato com a realidade, colaboram as ideias de Freire (1996), que questiona seus leitores em relação ao enfrentamento da realidade pelos aprendizes, de forma que a associem aos

conteúdos aprendidos e se questionem sobre as condições de vida e de morte a que as pessoas estão submetidas, incluindo as próprias experiências sociais, desafiando-os a transformá-las, apontando, nesse sentido, que a escola tem tudo a ver com tudo. É com base nos problemas encontrados na realidade que se debruça em sua compreensão e resolução, construindo coletivamente possibilidades de produção de vida.

- *A compreensão ampliada do processo saúde doença e do objeto de trabalho, integrando várias outros saberes.*

A exploração desse parâmetro se mostra relevante para acadêmicos, conforme se verifica nas falas a seguir:

“Mas entender a realidade que ele tá inserido e saber o que o paciente já sabe sobre o assunto, eu acho que isso vai contribuir pra gente na nossa profissão, porque se todos os médicos entendessem que não é só passar pro paciente a informação, mas saber o que ele sabe daquilo, o que ele sabe da doença que ele tem, antes de você jogar um monte de informação pra ele, vai fazer diferença na adesão ao tratamento”. (P4)

“os médicos dessas unidades de saúde da família não vão cuidar somente da saúde do paciente, mas vão estar em contato com muitas informações, problemas sociais, familiares, que as pessoas vão ter também e estar preparado pra lidar com isso, não só com a doença do paciente”.(P4)

O teor dessas falas corrobora os pressupostos da Clínica Ampliada na categoria aprender a conhecer, pois propõe devolver ao sujeito sua integralidade, retirada pelo uso indiscriminado do biologicismo. Refletir sobre um aspecto tão importante para a prática médica nesse contexto de mudanças e redirecionamento das práticas de saúde só colabora e traz esperança.

Novamente a reflexão sobre a complexidade aparece nos discursos, sendo essa dimensão resgatada na perspectiva da Clínica Ampliada. Essas inferências revelam que esse parâmetro foi reconhecido pelos participantes com a execução do programa SPE.

A compreensão para além da doença é explorada por diversos autores, redirecionando o paradigma biomédico para uma abordagem mais holística da

pessoa. Gadamer (1994 apud CAPRARA; RODRIGUES, 2004) traz a ideia de que a cura está para além do aspecto biológico, atenta para a limitação da medicina científica, porém resgata uma proposta que concilia aspectos de instrumentação técnica e diagnóstica com uma análise global do ser humano em seu contexto.

Ao se falar sobre os arranjos da educação em saúde e dos modelos de prestação de serviços de saúde, percebe-se certa similaridade no que diz respeito a serem regidos pelas forças de mercado, tendo por base tecnologia médica, agravando as perspectivas para a saúde. Repensar essa lógica e introduzir uma práxis baseada na solidariedade e em relacionamentos sociais mais humanos tornaria a saúde no Brasil saudável (ALMEIDA FILHO, 2011).

Tendo como referência essa concepção, Feuerwerker (2002) posta que a relação médico paciente sofre as consequências do uso indiscriminado da tecnologia, que afasta, afetivamente, o médico do paciente. Ao reproduzir tal atitude, o médico acaba por não adentrar os muitos aspectos da vida da pessoa que procura atendimento, implicando carência de vínculo e fragilização do papel social do profissional médico.

- *Conhecer a história de vida no seu contexto, compreender a doença e relacioná-la com a vida da pessoa.*

Esse parâmetro se apresenta como um ponto significativo entre os participantes, representado da seguinte forma:

“Nem tudo que é muito claro pra gente é claro pra eles, né! Essas informações como sífilis, Aids, para eles é um...eles estavam aprendendo ali, como se estivessem com o contato inicial naquele momento. E é uma coisa assim que surpreendeu a gente, né!” (P7)

[...] na exposição dos tipos de drogas lá, aí um aluno levantou a mão e perguntou: “mas como que vocês sabem, vocês já usaram?” Aí uma outra menina interrompeu a outra aluna: “claro que não, eles são ricos, droga é coisa de pobre, a gente que usa”. Então assim, aí tinha que mudar meio o rumo da... do que a gente tava fazendo porque, tipo assim, nessa faixa etária de 14, 15 anos, época que eles estão formando opiniões, então a gente teve que mostrar que tipo a droga não escolhe faixa etária, nem classe social e foi uma das coisas que mais me marcou assim no SPE. (P11)

Os participantes mostraram que desenvolver o programa SPE colaborou para ampliar sua percepção sobre o contexto em que vivem os escolares, e isso é importante no sentido de oferecer uma compreensão da pessoa sobre ela mesma e correlacionar com os modos de cuidado bem como refletir sobre os DSS, um dos atributos da Clínica Ampliada. A iniciativa de ampliar o olhar e correlacionar com a vida deve começar pelo profissional e se estender para o usuário, promovendo paulatinamente o autocuidado, bom sinalizador de que as práticas em saúde estão sendo resolutivas.

Nessa direção de redirecionamento da formação médica, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, em seu Art. 5º, na Atenção à Saúde, apontam que:

O graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social. (BRASIL, 2014 p.8)

Dessa forma, a interação promovida entre os acadêmicos e os escolares, pelo desenvolvimento do programa SPE, revela a realidade social e econômica à qual os sujeitos estão expostos, exigindo uma maturidade crítica da formação para desmistificar e propor reflexão sobre o mundo. A realidade posta impera sobre quaisquer outros aspectos que a academia supõe. Preparar os acadêmicos para refletir sobre a intencionalidade do saber que, diante das diversas situações, problematiza e busca soluções em conjunto com a comunidade foi um aspecto iniciado valioso nesse sentido.

Há um entendimento de que a formação médica vem incorporando mudanças mundiais no que tange à incorporação de conhecimentos, habilidades e atitudes. Um ensino que até recentemente fora moldado por abordagens pedagógicas tradicionais dá espaço para concepções mais críticas, reflexivas e que problematizam a realidade social (HADDAD et al., 2011).

- *Compreender e reconhecer o sentido e impacto que a doença traz para a vida pessoa.*

Captar essa percepção dos participantes revelou certa dificuldade, talvez por estar trabalhando em um local onde não se tinha doença obrigatoriamente ou por não se sentirem aptos, jovens em sua maioria e no quarto semestre de medicina, para buscar explicações mais complexas, de acordo com o relato abaixo:

“Durante a aula sobre drogas, um dos alunos se manifestou e disse que o pai era alcoólatra, que o pai quando bebia ficava muito bravo e, às vezes, fazia que ia bater nele, bater na mãe dele e assim, essa foi uma situação que o grupo teve dificuldade em se manifestar, assim, a gente ficou, não sabia o que falar pra ele naquele momento, então foi uma das situações...”. (P6)

As situações de vida, sofrimento e morte desvelam ou revelam como cada um lida com a impotência, dimensões humanas que necessitam de boas intervenções. Segundo Minerva (2004 apud CAPRARA e FRANCO, 2006), trazer uma fala de Oliver Sacks responsabiliza o médico na prestação do auxílio eficaz para que o paciente busque dentro e fora de si as condições necessárias, que extrapolam o biológico, para seu recomeço após a enfermidade. Ser apoio ao paciente em suas necessidades, alavancar mudanças e acompanhar seu sofrimento são requisitos tanto da vinculação como na resolubilidade dos processos saúde-doença.

- *Busca e inclusão de novos instrumentos para atingir resultados eficientes.*

Esse parâmetro desponta como promissor e também como reforçador de concepção ultrapassada, promissor no sentido de reconhecer que inserir metodologias ativas (novos instrumentos) propiciou resultados eficientes, porém revelou aspectos reforçadores da educação transmissiva (passiva), a qual não induz mudança nem reflexão nos processos ditos educativos, como pode ser visto a seguir:

“Acho que como o V falou da parte da metodologia ativa que vai que faz total diferença na vida dos alunos que estão apreendendo porque eles que são...estão fazendo acontecer[...] a gente pegou a essência do SPE e trabalhamos em dinâmicas com eles. E eu vi que foi muito produtivo. É, eu vi que eles fizeram mesmo, sabe, se maquiaram, fizeram teatro sobre drogas, e na parte de sexualidade também, eles colaboraram muito, fizeram cartazes. E quando eles fazem alguma

coisa, é como se eles tivessem vontade, aprendem muito mais, você nem precisa ensinar muito o conteúdo porque eles já estão sabendo, porque eles fizeram, eles passaram por aquilo”. (P2)

“Algumas não sabiam o que era AIDS, então a gente não pode pensar que todo mundo recebe essas informações, que todo mundo tem essas informações que nós temos aqui na faculdade, tem esse conhecimento que ajuda a ter uma qualidade de vida. E passar esse conhecimento para eles foi muito válido e eu acho que fez a diferença porque, tipo, nem todo mundo tem a mesma vantagem que a gente nessa conscientização”. (P5)

“Eu acredito que a educação entre pares e a proposta de você trabalhar não com alguém expondo o assunto ou fazendo uma dinâmica, enfim, fazendo só uma pontuação sobre o assunto, mas um local pra discutir sobre um ponto cada um contribuir com a sua opinião informal e com seu conhecimento e não só com alguém passando a informação. Acredito que isso possa ser utilizado em todas as faixas etárias porque você vê que realmente faz sentido, você aprender com a pessoa que está na mesma realidade sua e não com alguém que está...simplesmente estudou sobre o assunto vai passar pra que você. Isso pra construir uma opinião sobre determinado tema, principalmente social, é muito mais impactante do que só alguém explanando sobre um assunto... e de um grupo diferente”. (P4)

Ao escutar essas narrativas, pode-se perceber que os termos “*você nem precisa ensinar muito o conteúdo*” (P2) e “*passar esse conhecimento*” (P5) remetem a uma concepção de educação arraigada na fala e no ato de muitos profissionais da saúde, visão unilateral do processo educativo, de transmissão e normatização.

Por outro lado, o legado do aprendizado em metodologias ativas conquistado pelos acadêmicos quando da execução do Programa SPE, embora não represente que esse seja o único cenário para tal exposição, pode desenvolver uma maior confiança em processos pedagógicos “inovadores”, possibilitando sua reprodução quando tiverem práticas semelhantes de educação em saúde. Há um reconhecimento da valorização dos diferentes saberes como ponto chave para o empoderamento dos sujeitos, bem como dar sentido para a realidade vivenciada, tendo esses pontos reafirmado um dos compromissos da Clínica Ampliada. Aspectos que podem favorecer os processos de educação em saúde.

A trajetória da educação em saúde, recapitulada por Alves & Aerts (2011), remonta a seu nascedouro norte-americano e aos eixos norteadores de seu início, tendo influenciado grande parte dos profissionais mundo afora. No discurso inicial de educação em saúde, a tônica era responsabilizar individualmente as pessoas pela

adoção de hábitos saudáveis na prevenção de doenças, informar para mudar comportamentos e transmitir conteúdos científicos neutros e descontextualizados.

Em relação aos processos educativos, Ceccim (2008) traz uma reflexão em que afirma a necessidade de novas formas de produzir saúde para romper com os modelos pedagógicos focados na transmissão de conteúdo. Burgati *et al.* (2013) reforçam a ideia sobre a prática educativa da seguinte maneira:

Toda a prática educativa requer a existência de sujeitos que ensinando, aprendem e, que, aprendendo, ensinam. Disso decorre o cunho gnosiológico da educação, uma vez que a finalidade última dos processos educativos é o conhecimento, no sentido formativo e informativo. (BURGATI *et al.* 2013, p. 283).

De acordo com Ferreira *et al.*, (2014), a educação em saúde com suas práticas voltadas à promoção de saúde encontra resistências em sua efetivação, tanto pelo modelo tradicional com foco na doença e não no cuidado, quanto pela disseminação de informações verticalizadas que visam à obediência e à incorporação de comportamentos saudáveis, reafirmando a educação bancária.

Em um de seus clássicos, *Pedagogia do Oprimido*, Freire (1987) reflete sobre a teoria da educação bancária, educação que postula o depósito de um (educador) sobre o outro (aluno). Ao fazer essa analogia de depósito, traz a crítica da assimilação pela assimilação, sem criticidade, criatividade, invenção, inovação, sobre o que está sendo depositado e o porquê de tal escolha, atribuindo ao receptáculo a ideia de alienado e subserviente. *“Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros”* (FREIRE, 1987, p33).

Ao desafiar os acadêmicos a conhecer o programa SPE e aplicar aos escolares, percebe-se um estremecimento nos conhecimentos e ao se deparar com novas situações em que esse saber será exigido, há uma nova reestruturação cognitiva e ampliação desse sistema, seguindo uma lógica Piagetiana.

O sujeito, ao entrar em contato com um objeto desconhecido, pode entrar em conflito com esse objeto, ou seja, no processo de assimilação, o que é novo, às vezes, oferece certas resistências ao conhecimento e para conhecer esse objeto o sujeito precisa modificar suas estruturas mentais e acomodá-las. E é a esse processo de busca do equilíbrio dessas modificações que Piaget denominou *equilíbrio* (PÁDUA 2009, p.4).

Como foi exposto, o eixo do aprender a conhecer, correlacionado com as categorias da Clínica Ampliada, resgata uma valoração mais completa dessa dimensão, que amplia o senso comum de aquisição de conhecimento. Aprender a conhecer, nesse sentido mais amplo, é condição indispensável para aquisição da competência em relação à Clínica Ampliada.

5.2.2 Aprender a Fazer

“Educar é impregnar de sentido o que fazemos a cada instante!” Paulo Freire

Os parâmetros do aprender a fazer vêm ao encontro da aplicabilidade do aprender a conhecer, sendo essas habilidades ou técnicas propriamente ditas destaque no modelo biomédico. A proposta de humanização do cuidado vai muito além da técnica, precisa de envolvimento com os sujeitos, não se configurando como finalidade última do processo.

- *Propor um tratamento abrangente que contemple a reabilitação e prevenção das doenças e promoção da saúde.*

O desenvolver da Clínica Ampliada acontece nos espaços já configurados para as práticas de saúde, como, por exemplo, a ESF. Correlacionar a proposta da Estratégia Saúde da Família com a promoção da saúde foi um achado muito promissor, como se percebe a seguir:

“E também o fato de você conseguir entender que o médico dessas unidades de saúde da família não vai cuidar somente da saúde do paciente, mas vai estar em contato com muitas informações, problemas sociais, familiares, que as pessoas vão ter também e estar preparado pra lidar com isso, não só com a doença do paciente”. (P4)

“são atividades oferecidas pela universidade, que a UBSF não iria conseguir fazer sozinha. Então eu acho que a gente é uma peça fundamental da... pra poder promover a saúde naquela região”. (P2)

Foi possível captar uma preocupação mais abrangente do processo saúde doença no discurso dos participantes. Expô-los reflexivamente nessa ótica possibilita reconhecer nas práticas oferecidas meios de desenvolver habilidades, bem como

antecipar o futuro no qual poderá ser oportunizado esse acompanhamento ampliado do sujeito.

Pensar numa Clínica Ampliada requer estender a atenção naturalmente, para a promoção da saúde e prevenção de doenças, pois, dessa forma, irá representar que o olhar está sendo abrangente o suficiente para identificar fragilidades e potencialidades no usuário, na família, na comunidade ou no território.

Para Onocko Campos (2003), ao ampliar o olhar sobre as pessoas, o profissional de saúde, munido da dialogicidade proposta pela Clínica Ampliada com os demais saberes, insere aspectos de promoção e prevenção como elementos estruturais que só a qualificam ainda mais. Ainda segundo a mesma autora, abre-se espaço para o aprendizado mútuo, em que reitera:

Uma clínica preventiva; uma clínica que se questiona, que não se prende a dogmatismos, que desafia suas fronteiras e que se compromete com os resultados de sua prática; uma clínica que preste contas e se abra, generosa, para que dela 'bebam' outros, aprendendo (ONOKO CAMPOS, 2003, p 128).

Abordar o tema de promoção à saúde na atualidade evoca uma conotação de empoderamento social, vindo ao encontro da redefinição das práticas e dos meios de trabalho que favoreçam a educação, comunicação e possam alavancar mudanças no sentido de promover, proteger e defender as condições de vida e saúde de uma localidade ou de uma nação (TEIXEIRA, 2006).

- *Promover a autonomia dos indivíduos.*

Parâmetro que evidencia se a clínica está sendo resolutiva, o contrário seria o fomento de dependência ou alienação. Sujeitos autônomos, profissional e paciente, interferem nos modos de produção de vida ou de doença, tomando decisões, inovando, provocando mudanças etc. Características evidentes nos discursos abaixo:

“a gente aprendeu a lidar assim com uma situação assim como um grupo, porque a nossa preceptora não ajudou a gente em momento nenhum, então a gente tinha que fazer intermédio com a própria escola”.(P3)

“Com certeza, porque você leva essa informação pra todos os grupos, todas as faixas etárias e você vê dentro de cada grupo, não só uma pessoa hierárquica falando sobre o assunto”.(P4)

Considerar a autonomia de ambos os pontos de vista, tanto do acadêmico como do escolar, favorece uma autodescoberta de potenciais que auxiliarão na resolução de situações vindouras.

Embora a realidade cause estranhamento ao acadêmico em relação à execução das atividades atribuídas a eles, sem esse contato o aprendizado parece de contexto para ser efetivado, logo não exige que se descubram potenciais antes desconhecidos. Resgatando as diretrizes curriculares no capítulo III - Dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em medicina:

Artigo 29 - VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato. (BRASIL, 2014 p.13)

Como apontam Onocko & Campos (2006) em relação à autonomia, não contrária à ideia de dependência e nem de assentindo à conotação de liberdade extrema, mas que, ao ser relativizada em cada caso e discutidos coletivamente os desdobramentos das ações em saúde, pode ser traduzida em projetos de vida com mais felicidade para a equipe e usuários.

- *Manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, diversificar o repertório de ações para lidar como problemas subjetivos e sociais.*

A questão posta revela que a complexidade do trabalho em saúde desafia veteranos e iniciantes, reconhecer a multicausalidade de fatores já leva a pensar que respostas unicasais não responderão adequadamente. Nesse aspecto, o conteúdo das falas vem ao encontro do que é colocado como um dos parâmetros da Clínica Ampliada.

“os médicos dessas unidades de saúde da família não vão cuidar somente da saúde do paciente, mas vão estar em contato com muitas informações, problemas sociais, familiares, que as pessoas vão ter também e estar preparado pra lidar com isso, não só com a doença do

paciente. A gente ouviu dos adolescentes várias experiências, vários problemas que os amigos estavam passando. E a gente tem que estar preparado não só em passar a informação médica". (P4)

"Se colocar no lugar do outro, ouvir o que o outro pensa. Lidar com diversas situações, porque eu vou lidar com situações assim o resto da vida, né! Estar diante de uma situação não planejada e buscar alternativas pra tentar o que for necessário e ter um objetivo pra trazer um benefício tanto pra outra pessoa, quanto pra mim. Então é isso que eu vou levar do SPE". (P6)

Embora a complexidade dos arranjos possa assustar em um primeiro momento, não se esforçar para entender o todo e suas inter-relações compromete as ações em saúde. Nas falas emitidas, fica evidente o pensamento de que a futura prática médica trará desafios em relação aos múltiplos fatores em que estão imbricados, seja paciente ou profissional, requisitando essas habilidades para enfrentá-la. Essa é a proposta da Clínica Ampliada, mesmo reconhecendo as limitações pessoais e do sistema de saúde, atuar com o que está disponível, otimizando recursos humanos e insumos.

Segundo Ribeiro *et al.* (2004), ao se referir ao processo de trabalho na Atenção Primária para atingir a integralidade, resolutividade com qualidade na assistência, são necessários multidisciplinaridade, planejamento e horizontalidade do trabalho, decisões conjuntas e reforço ao controle social. Campos & Amaral (2007) propõem a ampliação do objeto e do objetivo do trabalho clínico para além do biológico, que incorpore a dimensão subjetiva e social inerente à pessoa e incentive sua autonomia.

Com esse resgate da complexidade da clínica, propor formas de aprendizagem que favoreçam sua reflexão e ampliação é um resultado positivo, pois não induzir os graduandos a pensamentos mais atualizados seria continuar preso aos modelos reducionistas e biologicistas de resolução limitada para a maioria dos problemas da Atenção Primária.

- *Desenvolver a capacidade crítica; lidar com a família e a comunidade; ampliar a capacidade do sujeito de superar a crise.*

Essas habilidades aludem a um desempenho complexo e muito habilidoso do profissional de saúde, mas em que momento é iniciado tal processo?

Possivelmente através das experiências de aprendizagem, desde as iniciais até o final da vida. Os relatos abaixo apresentam que desenvolver o programa SPE mostrou ter introduzido a reflexão desses parâmetros.

“Então foi uma coisa que eu notei assim, que a gente pode perceber como os alunos são tratados dentro da própria escola, né! O próprio desinteresse dos professores com eles. Mas eu acho que, no final das contas, a gente conseguiu lidar bem com tudo isso”. (P7)

“No final, até quem não queria participar, acabou participando um pouco. E essas pessoas que não queriam participar, a gente até fez uma reflexão com eles. Ah...não sei se todos eles vão aceitar, mas a gente tentou até esse ponto. Falar, não, o que vocês esperam, o que vai ser de vocês. A gente conversou bastante com eles. E hoje... eu me senti muito realizado. Acho que é isso”. (P2)

“Eu acho que a gente já tem um contexto histórico que diz isso. Que as pessoas ricas podem mais e acabam, não generalizando, mas a maioria é o que acontece. E aí acabam que embutida na mente das pessoas essa visão preconceituosa”.(P2)

O cerne desses relatos mostra que os acadêmicos estão por inteiro na atividade, percebendo, avaliando e emitindo um julgamento de valor no sentido de crescimento pessoal, que colabora também com o crescimento do outro. A própria realidade se mostra questionadora, diferente da habitual para grande parte dos acadêmicos, e essa interação os provoca a reafirmar seus valores ou a repensá-los. De qualquer maneira, essas habilidades qualificam a clínica.

Freire (1996) coloca a indissociabilidade da ação-reflexão-ação, postulando que a capacidade crítica da realidade é fundamental para os próprios sujeitos se inserirem nos processos de mudança. Desse pensamento decorre a ideia de que, ao fazer parte do mundo do outro, o próprio mundo se abre, se construindo e se desconstruindo para melhorar as práticas de saúde.

O profissional de saúde pode ser o recurso necessário para o paciente entender os fatores que ocorrem em sua vida e como esses fatores afetam e trazem prejuízo, mas uma vez identificados e gerenciados esses disparadores, o próprio sujeito pode ser capaz de conduzir melhor a sua vida, adquirindo mais criticidade e bem-estar (BRASIL, 2009).

- *Identificar projetos, desejos, procurar entender a opinião do paciente sobre as causas da sua doença e lidar com a doença de modo proveitoso para o paciente.*

As tarefas são muitas para o trabalho em saúde, resgatar a dialogicidade, inserir o outro na proposta de cuidado, reconhecer o protagonismo e os potenciais individuais e coletivos para lidar na adversidade é uma maneira de não objetificar o doente nem reduzi-lo à sua doença. Essa percepção aparece no discurso da seguinte forma:

“Acho que em relação à empatia, contribuiu pra gente vê. Muitas vezes, a gente se depara com diversas situações, e não para pra pensar o que a pessoa passou, tá passando. A gente se expôs a muitas experiências, agora a gente está mais sensibilizado e aí a gente consegue ver as outras situações que surgirem”. (P4)

“Aí [...] um aluno levantou a mão e perguntou: “mas como que vocês sabem, vocês já usaram?” Aí uma outra menina interrompeu a outra aluna: “claro que não, eles são ricos, droga é coisa de pobre, a gente que usa” Então assim, aí tinha que mudar meio o rumo da...do que a gente tava fazendo porque, tipo assim, nessa faixa etária de 14, 15 anos, época que eles estão formando opiniões, então a gente teve que mostrar que tipo a droga não escolhe faixa etária, nem classe social e foi uma das coisas que mais me marcaram assim no SPE”. (P11)

O estímulo que o desenvolvimento do programa SPE ofereceu foi procurar enxergar com os olhos dos outros. Estar sensível e atendo para mudar quando achar necessário, *“Então assim, aí tinha que mudar meio o rumo da...do que a gente tava fazendo” (P11)*. Esse trecho mostra que a escuta possibilitou um reordenamento das ações em benefício da pessoa, mas para isso acontecer, há que estar conectado com os propósitos do outro.

O movimento de ir em direção ao outro é apontado pelo relato acadêmico, estar sensibilizado a ampliar o olhar sobre o usuário configura-se como uma habilidade importante na construção de vínculo. Uma das premissas da clínica é retomar o lugar de trocas afetivas, abrindo espaço para as subjetividades e inibindo o discurso de não envolvimento e neutralidade do saber técnico-científico, estimulando o uso dos próprios atores, profissionais e usuários, como “remédio” (CAMPOS, 1997).

- *Desenvolver a habilidade de escuta do outro e de si mesmo. Exercer uma interação dialética com possibilidade de expressão e ação.*

Captar essa impressão dos participantes foi positiva e expressiva, pois os que pontuaram tinham a concordância dos demais nos seus discursos, aval apreendido pela comunicação não verbal no momento do grupo focal. Seguem as falas:

“então pelo fato de os alunos, de os adolescentes terem opiniões diferentes da nossa, e a gente diferente da deles, a gente aprendeu a ouvir cada um dos casos e conseguiu tirar o enriquecimento de cada opinião, e então a gente conseguiu fazer mesmo”. (P4)

“Mas assim eu senti que as crianças foram bem participativas e houve essa troca de informação, nós ouvimos elas, o que elas tinham pra falar [...] e foi interessante ouvir a opinião delas a respeito do que elas conhecem e depois do que elas realmente...o conhecimento que elas adquiriram.... então foi uma experiência positiva. Você já entra ouvindo o que o paciente tem pra dizer, que é o que a gente trabalha no SPE. Aí saber depois é... falar de uma forma pra ajudar, mas eu acho que saber ouvir é essencial pro trabalho do médico e a gente vai levar”. (P6)

Há evidências, pelos discursos apresentados, de que o desenvolvimento do programa SPE foi produtivo em relação ao diálogo e a saber ouvir. Esse aspecto foi bem discutido entre os participantes como muito relevante para a prática profissional. Essas são ferramentas valiosas para a efetivação da Clínica Ampliada, pois delas dependem a continuação ou não do cuidado. Ao se desarmar para ouvir o outro, acontece um despir-se de si próprio, fica-se mais leve para o diálogo.

A dificuldade que a sociedade enfrenta quando o assunto é escutar é colocado por Rubem Alves, *“Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir” (ALVES, 1999)*. O encontro entre os acadêmicos e os escolares propiciou o exercício dessa habilidade indispensável nas práticas de saúde, e como toda habilidade, o exercício contínuo que levará à maestria.

Para os profissionais da área saúde, escutar é um grande instrumento quando acompanhado de um genuíno interesse pelo outro à sua frente. Ayres (2006), ao falar de cuidado e da humanização das práticas de saúde, aponta essa fragilidade, mas, ao mesmo tempo, resgata que esse é o cerne da dialogicidade do encontro existencial entre profissional e usuário, escutar e dialogar.

5.2.3 Aprender a Conviver

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. Paulo Freire

Os processos grupais, em sua ancestralidade, propiciaram a sobrevivência da espécie e manutenção da identidade. É nesses espaços de agrupamento que o homem também exercita sua capacidade de poder sobre outrem, mesmo sem a justificativa de sobrevivência. E é do interior dos grupos que emanam processos conscientes e inconscientes de trocas afetivas, fato esse que singulariza e define os grupos como sendo a capacidade de reconhecimento mútuo de seus membros (OSÓRIO, 2003).

- *Corresponsabilização do cuidado, profissionais e usuários e reconhecimento mútuo entre os sujeitos.*

Foi um aspecto encontrado nos discursos que reafirmaram a responsabilidade dos acadêmicos na condução do programa SPE e uma satisfação pelas atividades desenvolvidas, mostrando que tiveram importância para a comunidade. Segue a representatividade dos relatos:

“Falar, não, o que vocês esperam, o que vai ser de vocês. A gente conversou bastante com eles. E hoje...eu me senti muito realizado. Acho que é isso”. (P2)

“senti que a gente conseguiu fazer a diferença numa pequena população e a gente conseguiu mudar alguma coisa no meio em que eles vivem, sabe”. (P4)

“Então isso foi muito gratificante pra gente porque tá funcionando, a gente tá colhendo frutos, por mais que seja um ou dois, é gratificante ver que tá fazendo diferença na sociedade”. (P4)

A intencionalidade da ação não pode ser retirada dos processos educativos, bem o como a sensação de pertencimento em um grupo. Os acadêmicos expressaram a disponibilidade de investir em um grupo, *“colhendo os frutos”* (P4), mas para colher, você primeiro precisa plantar, cuidar. A Corresponsabilização atrela a proposta a seu resultado, e isso pode ser percebido nos resultados em fazer a

diferença. Sentir-se responsável por alguém exige acompanhamento e uma redistribuição das respectivas responsabilidades.

Para Ayres (2006), compartilhar responsabilidade é um ato moral de compromisso com o outro, pessoas que se dispõem a dialogar e investir energia segundo uma aposta de confiança mútua. Uma existência testemunhando outra, com a anuência do voto de confiança na relação ali estabelecida, extrapolando a preparação técnica de executar bem uma tarefa.

- *Coprodução de projetos terapêuticos (vários profissionais) em conjunto com o paciente (discutir e negociar); trabalho em equipe e em rede (coletivo), compartilhamento de saberes e poderes; flexibilidade para o trabalho em grupo; promover a comunicação intra e extraequipe. Os discursos abaixo mostram quão reflexiva para o trabalho em grupo foi o programa SPE:*

“A forma como eles enxergam é, muitas vezes, diferente da forma como a gente enxerga. E mesmo assim, você acaba, você passa um conhecimento para eles, e você acaba adquirindo também conhecimento. No nosso, no que a gente fez, houve alguns meninos que, no último dia, falaram: “ah...eu mudei minha opinião em relação a isso ou aquilo”. (P1)

“De manhã, a gente sentia dificuldade em colocar nossa ideia e reforçar nossa ideia, porque por mais que nós defendêssemos aquilo que a gente pensava provar para aquelas crianças, elas saírem dali com a convicção de que aquilo que a gente estava falando podia ser verdade, mas não foi tão fácil assim”. (P3)

“mas a gente está mais preparado para lidar com situações assim, mas o trabalho em si da gente se organizar em 7 pessoas do nosso grupo, com a nossa preceptora e com alunos, o nosso trabalho em grupo ele é muito mais proveitoso e a gente tá conseguindo lidar agora com opiniões divergentes. (P6)

Os trechos dos discursos mostram duas realidades contradizentes, uma mais próxima com a Clínica Ampliada e outra mais próxima do modelo biomédico. As palavras usadas por um participante, *“colocar nossa ideia, reforçar a ideia, defender, provar, convicção”*, revelam que o processo está centrado no profissional de saúde, aludindo à obediência e cumprimento de normas de forma impositiva. Características coerentes com a visão fragmentada do sujeito, reducionista, com

foco no biológico, representado pelo modelo ainda hegemônico biomédico. Pode-se inferir que o modelo biomédico está arraigado à cultura das práticas de saúde, e mesmo estando em um curso atualizado em relação às DCNs, o acadêmico reproduziu um discurso recorrente e pouco produtor na área da saúde.

Em relação aos discursos próximos da Clínica Ampliada, foi evidenciado, do ponto de vista da relação profissional paciente, que houve troca, dialogicidade, sem o exercício do poder de um sobre o outro. Já em relação aos grupos, foi destacado maior preparo para o trabalho em grupo e percebidos mais eficiência e respeito para com as diferentes opiniões.

Pertencer a um grupo por si só já é desafiante para o ser humano. Na produção de cuidados em saúde, é difícil sustentar a supremacia de uma ou outra profissão, pois desse entendimento não seria possível configurar uma equipe. Muitos são os requisitos para atuação na atenção básica e, especialmente, na ESF, destacando-se alguns, como o trabalho compartilhado, humanizado, responsabilização de vínculo com o indivíduo e sua família. Atributos que pesam quando são não dependentes de um só indivíduo, mas de todo um grupo, exigindo o cumprimento da dialética para que os objetivos sejam alcançados (ALMEIDA, 2001).

Outro ponto que merece destaque é em relação ao núcleo e ao campo do saber, pois, segundo Almeida (2001), fatores que se complementados potencializam o trabalho em equipe, atribuindo-se, ao núcleo de saber, a ideia do saber específico de cada profissão dentro da equipe; remetendo o campo de saber ao conceito de saberes e/ou práticas de interesse comuns aos vários profissionais.

A Clínica Ampliada, em sua execução, prevê que a prática compartilhada de saberes e poderes eleva a capacidade resolutiva da equipe em relação às demandas dos usuários (BRASIL, 2009). Dessa forma, o acadêmico que percebe a importância do trabalho em grupo e a necessidade dessa habilidade na prática pode estar incorporando percepções positivas para o trabalho coletivo.

- *Ampliar o diálogo e a negociação.*

Nesse parâmetro, a atividade comunicacional foi percebida como um bom aprendizado com o desenvolvimento do programa SPE, conforme apontam as falas:

“eu achei uma experiência muito boa assim, porque...porque...a gente, é muito bom você conviver. Eu gosto de conviver com crianças,

adolescentes. Eu acho legal e assim é uma troca de experiências muito grande, porque você aprende a escutar a opinião dos outros, ao mesmo tempo, e visões muito diferentes de mim, dentro do SPE. (P1)

“[...] então pelo fato de os alunos, de os adolescentes terem opiniões diferentes da nossa, e a gente diferente deles, a gente aprendeu a ouvir cada um dos casos e conseguiu tirar o enriquecimento de cada opinião, e então a gente conseguiu fazer mesmo. E a gente conseguiu contribuir de uma forma e isso, com certeza, enriqueceu a gente para as próximas atividades”. (P6)

Os acadêmicos afirmaram a importância e a possibilidade de ampliar as formas de diálogo para que a relação inclua ambos os sujeitos no processo. Atividade essa de elaboração e reelaboração de sentido para os atos, passados e futuros, construindo processos coletivos de mudança e transformação. Tais habilidades atendem às demandas da Clínica Ampliada, quando aproxima os sujeitos pelo diálogo, respeitando sua singularidade e compartilhando percepções.

Ao falar sobre as diferenças entre os sujeitos, Freire (1996) as percebe como riqueza e possibilidade de crescimento, defensor da dialogicidade, reiterando que a ampliação de mundo acontece com base nessas diferenças.

O trabalho de Trad (2006) fala que há uma fragilização da relação profissional-usuário no contexto da Atenção Básica, no sentido de promover a prática dialógica, e sem essa base o encontro existencial entre esses dois sujeitos não acontece.

- *Promoção e fortalecimento de vínculos.*

Os achados nas falas dos participantes norteiam a construção e o fortalecimento do vínculo na percepção deles:

“É lógico assim, senti um pouco de frustração, por não ter conseguido levar atividade, mas a gente viu que, por mais que a gente tentasse, é uma coisa que não depende só da gente, depende do interesse deles também”. (P8)

“E logo no primeiro dia, a gente teve dificuldade pra organizar a turma. A gente chegou lá aí eles falaram que não queriam a gente. Foi assim, só que daí, depois desse dia, no segundo dia, a gente chegou lá, todo mundo bateu palma. Então foi um avanço, eu me senti bem. No final, até quem não queria participar, acabou participando um pouco”. (P2)

“É, uma coisa que eu achei interessante assim, é com eles lá, foi pra gente planejar o lanche no final do último encontro, a gente pegou o número de alguns alunos lá, pra eles se organizarem pra fazer o lanche. E aí depois eles pegaram, e até hoje, às vezes, eles mandam perguntas pra gente, tirando dúvidas e esses dias a menina mandou: “Ah...consequi.Ela não sabia que poderia ser atendida sem a mãe na UBSF. Ela mandou um whatsapp pra gente, falando que ela conseguiu ser atendida lá, sem a mãe, ela foi lá resolver as dúvidas que tinha”. (P11)

Esses relatos mostram que alguns grupos se perceberam mais otimistas em relação à evolução da construção do vínculo do que outros. Um dos grupos traz a importante reflexão de que vínculo é fluxo de sentimento e interesse de mão dupla, mostrando que há uma ressonância, algo que alimenta a relação positivamente, sentindo-se valorizado com a continuidade do cuidado. Transparece em outro discurso que não há mais nada a ser feito para o reestabelecimento do vínculo. *“Não depende só da gente”* (P8), mostra também o desejo de que gostaria que fosse diferente, sentindo-se frustrados. Olhar para esse emaranhado de sentimentos, positivos e negativos, em que as pessoas estão imersas, põe o profissional da saúde em contato com a sua limitação diante da vinculação.

Ao esperar uma correspondência do usuário, o profissional de saúde pode se questionar sobre os modos de vinculação. Schimith e Lima (2004) colocam o vínculo como uma característica bidirecional que consiste no reconhecimento mútuo dos agentes envolvidos, ressaltando a importância da construção do vínculo para o resgate da autonomia, da cidadania bem como para a melhora do resultado das ações em saúde.

Ainda de acordo com Schimith e Lima (2004), *“Identificou-se uma relação entre a produção de vínculo e o atendimento clínico com continuidade. A atividade clínica aumenta a possibilidade do vínculo, assim como a responsabilização com as necessidades do paciente”* (SCHIMITH e LIMA, 2004 p. 1493).

- *Compreensão dos afetos alheios.*

A dimensão dos afetos pode ser representada na seguinte fala de um dos participantes:

“quando ela disse isso, ela chorou e chorou, e a gente falou pra ela beber água e eu não sabia o que estava passando na cabeça dessa menina, o que a levou a falar isso na escola, são todos os amigos

dela, e ela não fazia isso na frente da sala, o que tava passando na cabeça dela”.P3

“durante a aula sobre drogas, um dos alunos se manifestou e disse que o pai era alcoólatra, que o pai quando bebia ficava muito bravo e, às vezes, fazia que ia bater nele, bater na mãe dele e, assim, essa foi uma situação sobre a qual o grupo teve dificuldade em se manifestar, assim, a gente ficou, não sabia o que falar pra ele naquele momento, então foi uma das situações”. (P6)

Sentir-se apto a auxiliar o outro em sua dificuldade emocional pareceu ser um ponto frágil, sendo que o teor dessas narrativas chama a atenção para que o estímulo oferecido na formação venha a contribuir também na dimensão afetiva. Percebe-se um interesse em procurar entender a história de vida da pessoa, mas, ao mesmo tempo, é visível a inabilidade para lidar com essas situações. Exercer a Clínica Ampliada compreende investigar, reconhecer e respeitar os afetos surgidos, sem patologizá-los.

Quando se fala em inteligência, logo se associa à cognição, porém há alguns anos se torna mais comum falar em inteligência emocional. Para Mayer & Salovey (1997 apud WOYCIEKOSK & HUTZ, 2009), trata-se de perceber, reconhecer, avaliar, controlar, compreender e expressar emoções e sentimentos pormenorizadamente com o intuito de favorecer o crescimento emocional e intelectual. Falkenberg *et al.* (2014) expõem em seu trabalho a necessidade de desenvolver a inteligência emocional na formação profissional, diante das muitas demandas exigidas, para que seja resguardada a saúde do trabalhador, do usuário e para melhorar sua resolubilidade.

A emoção, a intuição e a sensibilidade como recursos terapêuticos do profissional de saúde precisam ser estimuladas, valorizadas e vivenciadas dentro dos espaços de formação (VASCONCELOS, 2006).

Vasconcelos (2006) aponta alguns relatos de educadores que, ao proporem atividades mais horizontalizadas, lúdicas, humanizadas, encontraram resistência do corpo discente. As manifestações avaliativas são: percepção a aula como improdutivas, pouca teoria, preocupações em não usar o que está sendo trabalhado, dificuldades de compartilhar as próprias vivências, demonstração de hostilidade quando provocados a falar ou pensar sobre sentimentos.

5.2.4 Aprender a Ser

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”. Paulo Freire

Na categoria aprender a ser, encontram-se aspectos subjetivos, tanto do profissional como do usuário, em relação a essa obra inacabada e em permanente construção chamada pessoa. Segundo Saupe *et al.* (2007), aprender a ser *“compreende um conjunto de comportamentos adquiridos por intermédio de observação, introjeção e reelaboração crítica, que conferem ao profissional o domínio ético-afetivo”* (SAUPE *et al* p. 656, 2007). Essa dimensão influencia e ou determina as decisões pessoais e profissionais.

- *Desenvolver uma visão holística.*

A contribuição da Clínica Ampliada para considerar a pessoa como um todo apareceu nos relatos abaixo, revelando a importância dessa dimensão na visão acadêmica:

“[...] mas entender a realidade em que ele tá inserido e saber o que o paciente já sabe sobre o assunto, eu acho que isso vai contribuir pra gente na nossa profissão, porque se todos os médicos entendessem que não é só passar pro paciente a informação, mas saber o que ele sabe daquilo, o que ele sabe da doença que ele tem, antes de você jogar um monte de informação pra ele, vai fazer diferença na adesão ao tratamento”.(P4)

“os médicos dessas unidades de saúde da família não vão cuidar somente da saúde do paciente, mas vão estar em contato com muitas informações, problemas sociais, familiares que as pessoas vão ter também, devendo estar preparados pra lidar com isso, não só com a doença do paciente”. (P4)

Essas falas catalisam o sentido maior de se fazer uma clínica integrada. O doente passa a ser valorizado em detrimento da doença, a perspectiva do paciente é considerada e as dimensões biopsicossociais são colocadas como desafios a serem enfrentados pelo profissional médico. Dessa forma, os acadêmicos sinalizam que ter desenvolvido o programa SPE contribuiu para reforçar a ideia da visão holística sobre a pessoa.

Crema (1989), em seu livro *Introdução à visão holística*, discorre sobre o antagonismo ao paradigma holístico, que seria toda forma de reducionismo. A analogia ao movimento holístico é a comparação com pontes que integram o conhecimento e o coração humano, ameaçados pela fragmentação, reforçando ainda o resgate da integralidade do ser.

Leite e Strong (2014), ao associarem a visão holística com a humanização, colocam-na como um olhar para a inteireza do ser, mergulhado em seus aspectos biopsicossociais, singulares e histórico-culturais.

Exercitar o olhar para além da doença é colaborar para a construção de profissionais mais humanos nas práticas de saúde, seja individual ou coletiva.

- *Observar os próprios afetos, os afetos despertados pelo paciente no profissional e criar ou procurar suporte para as próprias dificuldades.*

No parâmetro de percepção dos próprios sentimentos, os relatos abaixo traduzem como os acadêmicos também são afetados nas relações estabelecidas:

“Acho que um sentimento de impotência, porque a gente queria poder acalmar, poder dar uma palavra de consolo, mas a gente não sabia como fazer isso”. (P6)

“Então, eu me senti bastante impotente em uma situação. Nos cinco primeiros minutos que a gente chegou, sem brincadeira, nos primeiros cinco minutos, eu cheguei a dar uma olhadinha pra ver que horas eram. A guria me chamou de viado, nos cinco primeiros minutos.[...] eu tava preparado que isso ia acontecer e que se acontecesse eu ia tentar dar o máximo pra desmistificar e transformar essa situação num aprendizado, mas eu não consegui fazer isso”. (P3)

“E...quando você vai lá pra frente, fica na frente deles em pé e tenta explorar um pouco da sua opinião, eu acho que bem... eu senti inicialmente um pouco de nervosismo, fiquei um pouco incomodado. Então acho que tudo é uma forma de aprendizado mesmo”. (P10)

As experiências vivenciadas explicitam que a subjetividade faz parte da natureza humana e emergem no processo de trabalho. Nas falas compartilhadas, percebe-se um reconhecimento de sentimentos de impotência, nervosismo, um passo bom e grande em direção ao autoconhecimento, pois o trabalhador precisa se certificar do que sente para não incorrer no risco, de mascarando o que sente, se

perder emocionalmente, em defesas ou agressões, não conseguindo produzir saúde e bem estar.

No sentido de compreender o universo emocional com suas vicissitudes, Angerami (2002) aborda as posturas profissionais e a forma como podem comprometer ou potencializar os vínculos entre profissional de saúde e paciente. Traz quatro tipos de posturas: calosidade profissional, distanciamento crítico, empatia genuína e profissionalismo afetivo. A primeira se apresenta como atitude defensiva, e o profissional age com frieza e distanciamento do paciente; a segunda consegue avaliar o paciente com suas peculiaridades, porém seus sentimentos são recolhidos para não interferir negativamente na conduta do paciente; na terceira postura, empatia genuína, não há barreira afetivo-profissional entre profissional e paciente, sua humanidade serve de orientação para suas condutas, faz uma crítica ao sistema que tenta se reumanizar sem humanizar as pessoas através de seus relacionamentos; na última postura, o profissionalismo afetivo explicita a necessidade do reconhecimento e valorização do sentimento na relação médico paciente, incluindo a investigação dos próprios afetos, na interação.

Escutar seus próprios sentimentos e intuições pode ser apoiador não só para a exatidão do diagnóstico, ou para a saúde emocional, mas para revelar a humanidade existente entre os dois atores no encontro clínico e buscar sentido afetivo existencial para as ações de saúde. Configura-se em um tomar posse das subjetividades inerentes às pessoas, que, ao negá-las, recalca-las, adoecem-se (VASCONCELOS, 2006).

- *Responsabilizar-se pelo cuidado prestado.*

Esse item foi percebido como um dos elementos de maior importância nas falas dos participantes, pois sinaliza um grau de parceria necessária para o estabelecimento de vínculo resolutivo, individual, familiar e comunitário, agregando valor para os egressos em quaisquer que sejam seus locais de trabalho.

“É... foi muito gratificante assim, eu achei pra mim, pelo menos, eu achei muito legal assim, ver que mudou a opinião de uma pessoa, né! A gente conseguiu mudar, na minha opinião assim, a forma de ele ver e tratar, às vezes, as coisas. Porque, às vezes, no futuro, ele ia praticar algum tipo de preconceito e assim você vê que a pessoa evoluiu assim. É legal porque a gente vê, a gente levou uma evolução pra vida dele”. (P1)

“Então isso foi muito gratificante pra gente, porque tá funcionando, a gente tá colhendo frutos, e por mais que seja um ou dois, é gratificante ver que tá fazendo diferença na sociedade”. (P4)

Percebem-se um sentimento positivo em relação à ação por eles proposta e a verificação positiva por parte dos escolares, gerando uma corresponsabilização. Nessa etapa do curso de medicina, sentir-se gratificado pelo trabalho realizado pode servir de estímulo para se certificar da escolha profissional e acumular experiências positivas para sua futura prática médica.

Responsabilizar-se pelo cuidado prestado é um dos pilares da Clínica Ampliada, uma crítica à fragmentação residual evidenciada na prática, em que se encontram profissionais mais preocupados e responsáveis pelos diagnósticos e procedimentos do que com as pessoas, passando a responsabilização a ser redimensionada com as equipes de referência (BRASIL, 2009).

Entende-se por equipe de referência um grupo de profissionais responsáveis pelos mesmos usuários regularmente quando procuram o serviço. Participam, auxiliam e acompanham nas propostas estabelecidas com o usuário, oferecendo apoio e promovendo autonomia (BRASIL, 2009). É comum escutar de um profissional ou acadêmico sobre “livrar-se do paciente”, com certa carga de alívio por dizer isso. Essa prática revela o grau de descompromisso profissional com o doente.

- *Promover e agir com autonomia.*

É um tema que faz parte da prática atual em relação à promoção da saúde. Começar a percebê-la e desenvolver essa atitude dentro da academia como estratégia de saúde para aplicar nas UBSF ou em qualquer outro cenário possibilita intervenções mais efetivas e recompensadoras do ponto de vista profissional e existencial. Essa percepção pôde ser captada nas seguintes falas:

“Então, a gente até pensou assim, se era algo que a gente tava fazendo de errado, senão a gente é que não tava realmente conseguindo chamar a atenção. Mas a gente tentou mudar a forma, tentou deixá-los mais livres, tipo tentar fazer com que eles participassem e colocassem mais a ideia deles”. (P8)

O estímulo ao exercício da liberdade e do empoderamento auxilia na efetiva participação social das pessoas, e ter contribuído para essa finalidade propiciou entre os acadêmicos um novo olhar sobre as potencialidades humanas. Proporcionar espaços de protagonismo juvenil é acreditar que a responsabilidade por um sistema educacional e de saúde não seja somente de profissionais técnicos ou gestores, mas de todos, esse é um dos princípios do SUS.

A valorização da participação juvenil é apoiada pelo Ministério da Saúde e fomentada entre os trabalhadores da saúde, que reconhecem que, uma vez estabelecida essa parceria, ela será promotora de saúde na comunidade. Identificar grupos, locais, lideranças para propor atividades de empoderamento e reflexão são atribuições da área da saúde (BRASIL, 2005).

Parâmetro essencial quando se aborda a Clínica ampliada, tanto em relação aos usuários como aos profissionais de saúde, que caracteriza relações de empoderamento, não de dependência. A narrativa abaixo explicita a questão:

“Esse jogo de cintura que a gente teve que desenvolver ao longo das atividades, com as crianças, é o que eu acho que a gente vai levar de aprendizado, a gente desenvolve desde o primeiro ano, mas com o SPE a gente trabalhou sozinho, né!”. (P6)

“Acho que uma outra questão é a tomada de atitudes, né! Como ocorrem esses imprevistos, então ele acaba fazendo com que aquele acadêmico, que é mais tímido, precise de uma forma, assim, de agir na hora, né, porque, na atividade mesmo, não vai conseguir ter uma progressão. Então acho que acaba, que o aluno seja proativo, então acho que essa dinâmica contribui bastante pra fomentar isso no aluno”. (P8)

É possível perceber que as falas apontaram mais na direção do processo de autonomia do profissional do que na parte do usuário, e embora o reconhecimento e o incentivo de autonomia por parte do usuário tenham sido contundentes, associar a proposição das práticas do profissional de saúde na promoção da autonomia é um exercício diuturno, em que mais fatores estão em jogo, como a alteridade e o respeito às escolhas de vida de cada um. O programa SPE mostrou ter colaborado nessa perspectiva.

Ao falar de processos autônomos, Campos (1997) sugere que o termo representa liberdade, porém um trabalho autônomo efetivo seria a capacidade de se responsabilizar pelo outro. Essa autonomia responsável prescindiria de um envolvimento do agente ao processo de trabalho. Atuar com autonomia propicia

também certa liberdade na condução dos casos para lidar com criatividade, inovação nas mais adversas e complexas situações.

5.3 O programa Saúde e Prevenção nas Escolas, na percepção dos docentes.

O SPE mostrou-se uma estratégia indutora de novas práticas, isso é, algo muito importante, porque o intuito da educação é exercer esse ato com intencionalidade e consciência, saber por que e para que são feitas as escolhas pedagógicas.

- *De acordo com as falas relatadas dos docentes, o programa SPE dentro do currículo do curso de medicina, conforme representada abaixo:*

“O SPE no curso de medicina vem ao encontro do modelo profissional que a ANHANGUERA/UNIDERP tem como projeto pedagógico, valorizando a educação em saúde, que preza pelo atendimento humanizado e que tenha um elevado nível de compromisso e responsabilidade com a comunidade”. (D1)

“Sim, eu percebo que ter o SPE inserido na grade curricular representa um ganho, pois ele se torna um instrumento curricular para trabalhar com o público adolescente. Trabalhando o SPE no segundo ano, ele se integra com o conteúdo dos módulos temáticos de concepção e de nascimento, pois ambos trabalham com questões relacionadas ao adolescente, como gravidez na adolescência, riscos e vulnerabilidades desse grupo etário. Avalio de forma muito positiva. Acho que foi um ganho para o nosso estudante, no currículo, poder passar por essa vivência. Tínhamos uma preocupação em relação ao tempo que o SPE exige na carga-horária do PINESC, e se isso iria prejudicar o cumprimento dos demais objetivos do módulo. Mas percebemos que não, que não há prejuízo algum. Pelo contrário, eu acho que ajuda até no conteúdo dos módulos temáticos”. (D2)

A ideia fica evidente em relação à inserção e desenvolvimento do programa SPE entre os estudantes, na percepção docente, destacando a ação-reflexão na promoção de práticas humanizadas, reforçando um dos parâmetros da Clínica Ampliada. Outro dado significativo é a educação em saúde trabalhada na metodologia SPE incentivando posturas mais coerentes. A responsabilização com a comunidade aparece como uma das contribuições do SPE, que se enquadra na categoria aprender a ser. Sensibilizar o estudante para a oferta de cuidado responsável e comprometido com os usuários significa trabalhar na formação em direção ao perfil que melhor atende as demandas da ESF.

- *Os docentes sinalizaram que o desenvolvimento do programa SPE colaborou com os estudantes em relação às práticas coletivas.*

“Sim, uma vez que o SPE amplia a possibilidade de o acadêmico incorporar a prática humanizada à educação, prevenção e promoção em saúde”; (D1)

“Então, na minha percepção, o SPE se torna um instrumento para trabalhar mais as habilidades, pois os estudantes de medicina têm a oportunidade de vivenciar a realidade em que os adolescentes vivem, o que pensam (as limitações que a família e a sociedade impõem a eles), como se comportam em determinadas situações, a que riscos estão expostos nas famílias, na escola (ex: convivem com usuários e traficantes de drogas, às vezes, os pais e tios vendem). Outra habilidade que os estudantes de medicina desenvolvem com o SPE é a da comunicação com esse grupo, que exige uma linguagem apropriada, e também a habilidade de ouvir e levar em consideração o que os adolescentes pensam. Acho que essa é uma oportunidade única para os nossos estudantes, pois, nas unidades de saúde, nenhuma atividade feita com adolescentes é tão intensa quanto o SPE nas escolas. Aliás, é muito difícil interagir com grupos de adolescentes nas unidades de saúde”. (D2)

O relato das docentes apresenta um resultado positivo na possibilidade de incorporações clínicas importantes para os futuros profissionais. Ser capaz de intervir em grupo, visto como de difícil acesso pelos outros profissionais da saúde das equipes de ESF, merece destaque. O estudante de medicina pôde exercer a categoria do aprender a fazer com a execução do SPE, ampliou a capacidade de intervenção, integrou-se a outros cenários de aprendizagem, estimulou a escuta, desenvolveu a comunicação e a percepção da realidade.

- *Em relação às possíveis mudanças desencadeadas pelo desenvolvimento do SPE para os estudantes de medicina, os docentes apresentaram o seguinte:*

“Sim, o SPE estimula a participação e o envolvimento dos acadêmicos no decorrer da capacitação, bem como a construção do conhecimento coletivo e reflexão das ideias e valores”. (D1)

“Eu já ouvi alguns alunos falando que o SPE os fez mudar a forma de pensar sobre a realidade vivida pelos adolescentes, principalmente na periferia da cidade. Alguns alunos comentam que, antes de passarem pelo SPE, nunca haviam refletido sobre determinados temas, como sexualidade e gênero, e que o SPE os fez pensar inclusive na sua

própria criação (influência da família, por exemplo). Então, nesse sentido, posso dizer que o SPE leva a uma mudança de comportamento, e que isso aconteceu com uma parte dos nossos alunos no ano passado. Essa mudança de comportamento pode ser pessoal, fruto da reflexão da própria realidade, ou então a mudança de comportamento em relação ao outro, ao adolescente, na condição de paciente e usuário do serviço de saúde.” (D2)

Pode-se inferir, com base nas falas acima, que a contribuição do desenvolvimento do programa SPE envolve aprendizados que não se limitarão às técnicas de intervenção em grupo, contemplando a categoria do aprender a ser. As propostas também os incluem como sujeitos em formação e abrem espaço para que possam lidar com as diferenças entre os próprios estudantes de medicina, seus medos, preconceitos, valores, sentimentos, e isso faz parte ou deveria fazer parte da formação acadêmica.

- *Pensando na contribuição do desenvolvimento do programa SPE para a prática médica, os docentes destacaram:*

“Uma maior confiança em trabalhar com adolescentes, a percepção e possibilidade de abordar diversos temas através de diferentes estratégias, uma visão crítica da linguagem e forma utilizada por profissionais de saúde no formato vigente” (D1)

“Eles percebem que, como futuros médicos, precisam desenvolver um olhar especial para a situação de vida dos adolescentes, hoje muito cercados de vulnerabilidades, como álcool, drogas, vida sexual ativa antecipada e sem proteção, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez... Enfim, os riscos são muitos. E para trabalhar na lógica da Atenção Básica, que visa à PROMOÇÃO DA SAÚDE, a educação desse grupo (dos adolescentes) é uma ação fundamental”. “A metodologia usada no SPE mostra para o estudante de medicina que não adianta mais fazer aquela educação verticalizada em saúde de transmissão do conhecimento. Eles percebem que precisam fazer de modo diferente para terem resultado. E essa metodologia faz com que os adolescentes sejam os protagonistas, faz com que eles reflitam sobre suas vidas. Isso gera o empoderamento. Acho que isso fica incorporado no nosso estudante de medicina” (D2)

Na fala das docentes, é consenso que as práticas iniciadas com o programa SPE colaboram positivamente para futuras ações em saúde, tendo estas ações maior probabilidade de serem mais horizontalizadas, democráticas, dialógicas e empoderadoras, reafirmando parâmetros das categorias do aprender a conhecer,

aprender a fazer e aprender a conviver. Outro ponto é o olhar crítico e ampliado para a realidade, o contexto de vulnerabilidade ou risco a que as pessoas estão expostas, características que reafirmam a Clínica Ampliada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção dos parâmetros da competência para a Clínica Ampliada, subsidiou a indicação de parâmetros norteadores em relação à uma proposta que humaniza as relações e o processo de trabalho, tendo em vista a necessidade de se contrapor ao modelo biomédico ainda hegemônico. E isso só será possível disparando mudanças na formação, no serviço, na intersectorialidade e no controle social fortalecido. Enfim, para se chegar a uma realidade diferente da colocada, é preciso andar em direção a ela, podendo os parâmetros da competência para a Clínica Ampliada servir de bússola.

Visualizar o perfil de um profissional competente em relação à Clínica Ampliada possibilita tornar mais conscientes os processos de escolha dos meios pedagógicos que colaborarão para a incorporação desses parâmetros. Acredita-se que exista uma lacuna entre as necessidades de saúde da população e o preparo dos profissionais para responder tais necessidades, nesse sentido, visualizar o perfil que se pretende e como está a formação dos futuros profissionais, auxilia nessa aproximação.

Tendo como referência os depoimentos no grupo focal da pesquisa, constatou-se que o desenvolvimento do programa SPE entre os estudantes do curso de medicina propiciou a incorporação de parâmetros de competência da Clínica Ampliada. O referencial de competência adotado na pesquisa reitera a confluência dos pilares da educação (conhecer, fazer, conviver e ser), resultando na competência profissional. Nesse sentido, a limitação do estudo está em afirmar se o estudante reconhece a competência para Clínica Ampliada, segundo as inferências que fizeram.

Foi possível recolher as percepções dos estudantes em relação aos parâmetros que subsidiam a Atenção Primária, em especial a ESF, no que tange à educação em saúde e à promoção da saúde, aspectos essenciais que exigem dos profissionais mudanças de atitudes para aumentar a resolutividade das práticas em saúde. A práxis da ESF precisa da efetivação da Clínica Ampliada para promover mais saúde - tanto dos usuários quanto dos trabalhadores.

O cenário do curso de medicina que propiciou o planejamento e execução do programa SPE foi o PINESC. Cabe ressaltar a importância que o ensino-serviço-comunidade tem para oportunizar as trocas necessárias para a qualificação do serviço de saúde e do aprendizado acadêmico, reforçado em uma das falas dos acadêmicos: *“são atividades oferecidas pela universidade que a UBSF não iria conseguir fazer sozinha. Então eu acho que a gente é uma peça fundamental da... pra poder promover a saúde naquela região” (P2)*. Levar o estudante de medicina a refletir sobre os parâmetros de competência para a Clínica Ampliada na Atenção Primária auxilia na familiaridade com as necessidades do território e gera autonomia para desenvolver as práticas nesse cenário de atuação profissional.

É possível inferir ainda que os estudantes executaram, dentro da sua autonomia relativa, um bom trabalho com os escolares no desenvolvimento do programa SPE. Revelaram construção de vínculo, reflexão dos sentimentos alheios e próprios, reelaboração de valores, capacidade de diálogo, aumento da criticidade em relação à realidade, testaram suas capacidades e limites. Todos os conhecimentos, habilidades e atitudes foram demonstrados na capacidade de organizar, realizar, avaliar e decidir, no decorrer do desempenho do trabalho, relacionando-se com os pilares da educação e com os parâmetros da Clínica Ampliada.

Na perspectiva dos docentes, o programa efetiva as diretrizes curriculares, amplia a percepção do estudante sobre a realidade, promoção à saúde, educação em saúde e na prevenção de forma mais consciente e resolutiva. O programa SPE é apontado como suporte para outros módulos do currículo integrado da Uniderp/Anhanguera, oferecendo espaço adequado para reflexão de subjetividades, metodologias ativas, compartilhamento de saberes e poderes, que podem resultar em segurança para atividades similares no decorrer do curso.

As categorias aprender a conhecer, fazer, conviver e ser tiveram dissonâncias na apreensão dos dados. A categoria de maior destaque entre os estudantes com relação aos parâmetros foi a aprender a fazer, que abordou vários dos seus parâmetros com expressividade, e a prática pode ser a primeira motivação para os acadêmicos se interessarem, pode ser a ação que atrai. A categoria aprender a conviver também recebeu destaque pelos acadêmicos em muitos parâmetros, talvez por terem se reconhecido como grupo pequeno, e depois, com os escolares em um grupo maior, houve maior correlação.

A categoria aprender a conhecer mostrou um conhecimento tímido ainda em relação aos seus parâmetros, levantando a hipótese de não terem sólidos esses saberes. A categoria aprender a ser merece uma compreensão melhor, pois em relação aos seus parâmetros, ela os tem em menor quantidade, sinalizando que na literatura há uma distribuição irregular dos saberes. A expectativa para essa categoria era de que não fosse expressiva por aguçar a subjetividade, ainda temida pela formação médica, no entanto, expressou muitos sentimentos, como impotência, nervosismo, alegria, satisfação, frustração. Um achado curioso que leva a refletir sobre a multiplicação de espaços como esse no curso para que sirva de suporte para a formação médica.

O desenvolvimento do programa SPE entre os estudantes do curso de medicina evidenciou a incorporação de parâmetros de competência para a Clínica Ampliada, não só pelo SPE, mas também por ele, que servirão de apoio para fortalecer o SUS em todos os níveis de atenção, mas mostrando uma afinidade especial com ESF na Atenção Primária. *“Mudar é difícil, mas é possível” (FREIRE, 1996 p31).*

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. O ensino superior na saúde. In: **Saúde no Brasil**. The Lancet, maio, 2011.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** 9. Ago. 2001.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (1):319-325, 2011.
- ALVES, R. A Escutatória. Correio Popular, 1999. Disponível em: http://rubemalves.com.br/site/10mais_03.php. Acesso em 9 de maio de 2016.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org); COPPE, A. A. F; ANDRADE, C. L.; ALBERTO, E.; MIRANDA, E. M. F; CHIATTONE, H. B. C.; GANDRA, M. I. S.; BARTILOTTI, M. R. M. B; SEBASTIANI, R. W. **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson, p. 41-60, 2002.
- ARAÚJO, D. Noção de competência e organização curricular. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 31, Supl.1, p. 32-43, jun. 2007
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 31, Supl.1, p. 20-31. jun. 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- BORGES, S. L. C.; SOUSA, I. F. Caderno do módulo programa interinstitucional de interação ensino-serviço-comunidade. Universidade UNIDERP- ANHANGUERA, 2015.
- BRAGA, L. P. M. Manual de Habilidades Médicas IV. Curso de Medicina Caderno de Estudos. Universidade UNIDERP - ANHANGUERA, 2015.
- BRASIL. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil, Poder executivo. Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 38.
- BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Decreto n. 6.286, de 05 de dezembro de 2007. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Poder executivo. Brasília, DF, 06 dez. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Metodologia de educação entre pares**. Adolescentes e jovens para a educação entre pares. Saúde e prevenção nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares: metodologias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n. 3/2014, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 23 de junho de 2014, Seção 1, p. 8-11.

BURGATI, J. C.; LEONELLO, V. M.; BRACIALLI, L. A. D.; OLIVEIRA, M. A. C. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 282-6.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO C, et al., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-92.

CAMPOS, G. W. S. AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.197-228.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. Relação médico paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S. F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1):139-146, 2004.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: MINAYO C, et al., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 837-868.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 443-56, 2008.

COELHO, M. O; JORGE, M. S. B. Tecnologias das relações como dispositivos do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1523-31, 2009.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas, SP, 2004.

DELORS, J. et al. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, Brasília: MEC, **Unesco**. Cap. 4, 1998.

DHEIN, G. **PAUSA! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada: a produção do sujeito autônomo**. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

DUARTE, S. J. H; MAMEDE, M. V; ANDRADE, S. M. O. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.4, p.620-26, 2009.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19 (3): 847-52, 2014.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 100-8, jan./mar. 2008.

FERREIRA, V. F.; ROCHA, G. O. R.; LOPES, M. M. B.; SANTOS, M. S.; MIRANDA, S. A. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 363-78, maio/ago. 2014.

FERRI, S. M. N.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S. M.; CACCIA-BAVA, M.C.G.; ALMEIDA, M.C.P. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários

de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p.515-29, set/dez. 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica**: os casos de Londrina e Marília. São Paulo: Hucitec, 2002.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde**: Apoio Paidéia e formação. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, SP, 2012.

FIGUEIREDO, M. D.; Campos, G. W. S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 18 Supl 1:931-43, 2014.

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

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17^a. Ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FRUTUOSO, J. T.; SAUR, B. O Sistema Único de Saúde Brasileiro e a Clínica Ampliada. In: ZURBA, M. C. (Org). **Psicologia e saúde coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, p. 240, 2011.

GONÇALVES, R. J.; SOARES, R. A.; TROLLI, T.; CYRINOI, E. G. Ser médico no PSF: formação e trabalho. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

HADDAD, A. E. Educação Baseada na Comunidade e as Políticas Indutoras Junto aos Cursos de Graduação na Saúde. In: BOLLELA, V. R.; GERMANI, A. C.; CAMPOS, H. H.; AMARAL, E. M. (Org.). **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde**: Aprendendo com a Experiência Brasileira. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC-Editora, 2014.

HADDAD, A. E.; BRENELLI, S. L.; MICHEL, J. L. M., et al. A educação médica no contexto da política nacional de educação na saúde. In: MARINS, J. J. N. REGO, S. (organizadores). **Educação médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011.

HORA, D. L.; ERTHAL, R. M. C.; SOUZA, C. T. V.; HORA, E. L. Propostas inovadoras na formação do profissional para o sistema único de saúde. *Trab. educ. saúde*, vol.11, no.3, set./dec. 2013.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. 8, n. 1, p. 48-70, mar.-jun, 2001.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-74, 2011.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educ**, v. 9. n. 17, p. 369-79, mar/ago. 2005.

MIRANDA, S. M. **Investigação das atitudes de estudantes de graduação em medicina, considerando as diretrizes curriculares nacionais**. Dissertação de mestrado. Florianópolis, 2006.

MIRANDA, V. A.; MONTEIRO, V. O.; TEIXEIRA, S. C. S. T. Gestão, supervisão e educação permanente em territórios de aprendizagem em saúde da família. MARINS, N.; REGO, S. (Orgs). **Educação médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARD-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Supl. 2, p. 2133-44, dez., 2008.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 153-66, jul./set. 2009.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm.**, v.22, supl.4 p. 439-44, 2009.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.814-27, 2010.

ONOCKO, R. C. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-30, maio/ago. 2003.

ONOCKO, R. C.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: MINAYO C, et al., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-88.

OSÓRIO, L.C. **Psicologia grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre, RS: Artmed, 2003.

PÁDUA, G. L. D. A epistemologia genética de Jean Piaget. **Revista FACEVV**.1º Semestre de 2009. Número 2; p. 22-35.

PAGLIOSA, L. F.; ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 492 32 (4): 492–9; 2008.

- PERRENOUD, P. Formação Contínua e Obrigatoriedade de Competências na Profissão de Professor. In: *Idéias*, "Sistemas de Avaliação Educacional". Trad. LOPRETO, L. n. 30, p. 205-48, 1998.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):438-46, mar- abr, 2004.
- SAUPE, R.; BENITO, G. A. V.; WENDHAUSEN, A. L. P.; CUTOLO, L. R. A. Conceito de Competência: validação por profissionais de saúde. **SAÚDE REV.**, Piracicaba, 8(18): 31-7, 2006.
- SAUPE, R.; BENITO, G. A. V.; WENDHAUSEN, A. L. P.; CUTOLO, L. R. A. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 16(4): p. 654-61, Out-Dez. 2007.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-94, nov-dez, 2004.
- SOUZA, E. C. F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.
- SOUZA, R. G. S. Estratégia de mobilização para as transformações curriculares. In: MARINS, N.; REGO, S. (Orgs). **Educação médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011.
- SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R. **Promoção da saúde: conceitos e definições**. S A N A R E, ANO IV, N.1, JAN./FEV./MAR. 2003.
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à Saúde**. Promoção, Vigilância e Saúde da Família. EDUFBA. Salvador, 2006.
- TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez, 2006.
- TESSER, C. D.; GARCIA, A. V.; VENDRUSCOLO, C.; ARGENTA, C. E. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl. 11, p. 4295-306, 2011.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M. A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e Desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.
- UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, Dec. 1994.

UNIDERP. Projeto pedagógico do curso de Medicina da UNIDERP, 2004.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G.W.S, et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 3. ed. São Paulo, Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, E. M. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H, SIMON, E. (Orgs). **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 265-308.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S, et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006.

WOYCIEKOSK, C.; HUTZ, C. S. Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 22 (1), 1-11, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questões Balizadoras para o Grupo Focal

- 1) Como foi para você a experiência do SPE?
- 2) A postura que vocês têm hoje para desenvolver um trabalho de grupo com os usuários, escolas e equipe é diferente da postura inicial, antes do SPE?
- 3) Quais e como foram as experiências para o seu grupo na execução do SPE?
- 4) -Você recorda de alguma situação ou atividade que tenha se destacado, marcado você?
- 5) Aplica ou aplicou os conceitos e/ou atitudes, aprendidos nessa experiência para outras situações?
- 6) Você identifica habilidades desenvolvidas na execução do SPE que podem auxiliar o desempenho do médico com os pacientes na UBSF? Quais seriam?
- 7) Ter desenvolvido o SPE contribuiu para o seu aprimoramento pessoal? De que forma?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL 1)

ACADÊMICOS

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por SOCORRO ANDRADE DE LIMA POMPILIO.

A finalidade deste estudo é compreender a influência do desenvolvimento da proposta Saúde e Prevenção nas Escolas entre os estudantes do curso de medicina da Universidade UNIDERP/ANHANGUERA para incorporação de habilidades compatíveis com a clínica ampliada.

Participarão da pesquisa alunos que estiver cursando quarto semestre no ano de 2015, regularmente matriculados e que tenham desenvolvido a proposta SPE na escola no ano corrido. Serão excluídos da pesquisa alunos transferidos que não desenvolveram a proposta SPE nas escolas e os alunos que não estão matriculados regularmente no primeiro semestre de 2015.

Você será entrevistado sobre sua experiência no SPE com mais integrantes, aproximadamente 15 pessoas, em um grupo focal. A entrevista será gravada e o que você disser será registrado para posterior estudo.

Você participará deste estudo, grupo focal, durante aproximadamente uma hora e meia, em um único encontro. Você poderá experimentar constrangimento ao responder a algumas perguntas.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Você será informado periodicamente de qualquer nova informação que possa modificar sua vontade em continuar participando do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo, ligue para (67) 3026-8715 ou (67) 8156-6767, SOCORRO ANDRADE DE LIMA POMPILIO. Para perguntas

sobre seus direitos como participante no estudo, chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido de participar de novos estudos. Você poderá ser solicitado a sair do estudo se não cumprir os procedimentos previstos ou atender as exigências estipuladas. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário para tomar parte neste estudo.

Assinatura do Voluntário

_____ data _____

Telefone –

Assinatura do pesquisador

_____ data _____

Socorro Andrade de Lima Pompilio

Telefone – (67) 8156-6767

APÊNDICE C – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCL 2)

PROFESSORES

Você esta sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por (SOCORRO ANDRADE DE LIMA POMPILIO).

A finalidade deste estudo é compreender a influência do desenvolvimento da proposta Saúde e Prevenção nas Escolas entre os estudantes do curso de medicina da UNIDERP/ANHANGUERA, para a formação médica.

Participarão da pesquisa professores que se submeteram à capacitação do SPE e acompanharam o processo do desenvolvimento da proposta SPE pelos acadêmicos e que realizaram capacitação e supervisão teórico-prática com os mesmos.

Você será entrevistado por meio de um questionário sobre sua experiência no SPE com mais integrantes do corpo docente da Uniderp/Anhanguera, o que você relatar será registrado para posterior estudo.

Você participará deste estudo durante aproximadamente 15 minutos. Você poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Você será informado periodicamente de qualquer nova informação que possa modificar a sua vontade em continuar participando do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para (67) 3026-8715 ou (67) 8156-6767 (SOCORRO ANDRADE DE LIMA POMPILIO). Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido de participar de novos estudos. Você poderá ser solicitado a sair do estudo se não cumprir os procedimentos previstos ou atender as exigências estipuladas. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Voluntário

_____ data _____

Telefone –

Assinatura do pesquisador

_____ data _____

Socorro Andrade de Lima Pompilio

Telefone – (67) 8156-6767

APÊNDICE D – Questionários Professores

- 1- Sobre o SPE, como você percebe essa atividade inserida na grade curricular dos acadêmicos, caracteriza-se como instrumento de incorporação de habilidades clínicas? Por quê?
- 2- Você identifica mudança de comportamento dos acadêmicos quando realizam a atividade do SPE? Se sim, quais?
- 3- É possível identificar características iniciadas que colaboram para a vida pessoal e profissional desse futuro médico?
- 4- Qual sua avaliação do SPE no curso de medicina da UNIDERP/ANHANGUERA?

APÊNDICE E – Transcrição Grupo Focal

Transcrição grupo focal – estudantes de medicina do 4º semestre.
Uniderp/Anhanguera - pesquisa qualitativa Socorro Pompilio

Data: 11/12/2015

Socorro: Eu queria perguntar pra você, é de uma forma geral, como que foi a experiência do SPE?. E daí você podem falar e ir falando o nome, como a gente já tinha conversado, se apresentando. Essa é uma das primeiras perguntas balizadoras.

Participante P1: É...meu nome é G (risos)...é, eu achei uma experiência muito boa assim, porque...porque...a gente, é muito bom você conviver. Eu gosto de conviver com crianças, adolescentes. Eu acho legal e assim é uma troca de experiências muito grande, porque você aprende a escutar a opinião dos outros, ao mesmo tempo, e visões muito diferentes de mim, dentro do SPE. A forma como eles enxergam, é muitas vezes diferente, da forma como a gente enxerga. E mesmo assim, você acaba, você passa um conhecimento para eles, e você acaba adquirindo também conhecimento. No nosso, no que a gente fez, teve... tiveram alguns meninos que no último dia falaram: “ah...eu mudei minha opinião em relação a isso ou aquilo”. Assim, eu achei que teve muito, dos que participaram também...(01:19)

Socorro: Você está falando do grupo que você ofereceram o SPE?

Participante P1: Do grupo....Ahan...sim.

Socorro: Mais alguém?

Participante P2: Hum, eu acho assim, no SPE, assim como o plano de ação que a gente realizou o ano passado...é...são atividades oferecidas pela universidade, que a UBSF não iria conseguir fazer sozinha. Então eu acho que a gente é uma peça fundamental da...pra poder promover a saúde naquela região. Então sem os alunos, sem os acadêmicos de medicina, muita coisa que poderia ser desenvolvida, não seria. Então a gente ajuda muito, tanto a UBSF, quanto as escolas alí da região. Por meio dessa integração, que o SPE proporciona, e...assim, tem muitas, muitas

crianças que acabam não participando. Porque a região é assim, assim, assim. Já conhecem como que funciona. Mas...pra poucas crianças, pelo que eu observei, fez diferença. Então já é uma vantagem, nem que fosse uma pessoa só.

Socorro: Então você sentiu, é...a experiência você sentiu realização? Como que foi pra você...vivenciar o SPE?

Participante P2: Eu acho assim, o SPE pra poder fazer efeito, eu acho que deveria ter mais tempo pra gente trabalhar. Eu acho que o tempo foi curto. Mas se a gente tivesse mais tempo, a gente se sentiria muito mais realizado. Porque daí a gente conseguiria estabelecer um vínculo maior com as crianças e se levar contagiado, vamos dizer assim. (2:58)

Participante P3: Bom, é..., sou do Serradinho (não entendi direito). E assim, eu tive uma experiência contrária, nós tivemos 6 encontros. Então nós tivemos mais do que todos os outros do Pinesc. E assim, uma dificuldade que a gente encontrou, pelo menos, é que nós nos dividimos em dois grupos. De manhã eram os mais novos, quinto e sexto ano. E a tarde os adolescentes, jovens e adolescentes. A tarde teve muito mais aproveitamento. De manhã, a gente sentia dificuldade em colocar nossa ideia e reforçar nossa ideia, porque por mais que nós defendêssemos aquilo que a gente pensava, provar para aquelas crianças aquilo e elas saírem dali com a convicção que aquilo que a gente estava falando podia ser verdade, não foi tão fácil assim. Então o número de encontros não diz muita coisa. Então uma coisa que eu senti, pelo menos, da manhã foi a idade deles. Eu acredito que deva começar cedo. Só que eles não sabiam o que estavam fazendo ali. E por mais que a gente tentasse e tudo mais, se dispersavam e aí chegava no final...não senti nada de diferença. E assim, a gente teve um episódio super... uma menina que saiu na escola inteira falando que a gente ia ensinar fazer sexo à três, que a gente tinha que ensinar como fazer suruba, uma menina de quinto ano. Então assim...é...e foi diferente da experiência que foi muito mais enriquecedora e mais positiva que eu tive com o pessoal da manhã... (suspiros) pois é....Ela roubou uma camisinha, que era minha... e saiu falando que a gente ia ensinar a gente a usar pra levar pra casa... (Nossa) é.....

Socorro: Que experiência!

Participante: Bem agradável (ironia). (04:44)

Participante P4: É...V, eu gostei da experiência do SPE, que a gente foi senti que a gente conseguiu fazer a diferença numa pequena população e a gente conseguiu mudar alguma coisa no meio que eles vivem, sabe... A gente teve muitos problemas na escola, o pessoal falou que só participaram 4, 6 adolescentes, mas apesar do grupo ter sido pequeno eu senti que realmente foi aproveitado todo o espaço que a gente propiciou. Os adolescentes sempre estavam interagindo com a gente, a gente viu que eles estavam interessados em mudar algo sabe, eles estavam interessados em entender o que estava acontecendo e expor a experiência deles. O problema do nosso foi que a gente fez um contra-turno, então só foram aqueles adolescentes que queriam ir, de fato, mas isso ajudou porque eles estavam interessados em participar. E a gente viu que eles; ao contrário das experiências que aconteciam na escola e com os amigos que eles estavam conhecendo, eles estavam interessados em levar informação dos amigos; então eles falavam para a gente “ah eu vou levar isso pra fulano”, que nem contou o caso que a amiga tava passando... então a gente viu que eles iam levar a informação pros amigos, então isso é muito enriquecedor porque a gente viu que a informação ia seguindo, ao invés de ficar só numa exposição ou numa brincadeira que a gente fez no grupo.

Participante P5: Meu nome é E, do Vida Nova II. É... eu acho que foi uma experiência muito enriquecedora porque, no meio que a gente vive todos recebem muita informação, seja pela mídia, seja pela faculdade e outras pessoas da própria família. Quando a gente conversou com essas crianças, a gente percebeu que, essas crianças e adolescentes, principalmente adolescentes; a gente percebeu que muitas delas não sabem colocar camisinha, elas não sabem como acontece a gravidez, elas não sabem como prevenir. Algumas não sabiam o que era AIDS, então a gente não pode pensar que todo mundo recebe essas informações, que todo mundo tem essas informações que nós temos aqui na faculdade, tem esse conhecimento que ajuda a ter uma qualidade de vida. E passar esse conhecimento para eles foi muito válido e eu acho que fez a diferença porque, tipo, nem todo mundo tem a mesma vantagem que a gente nessa conscientização. (06:54)

Participante P6: É, Macaúbas. No caso, nós tivemos a nossa experiência no SPE, foi que nós tivemos três encontros, e nos três encontros, nós, a pedido da escola, nós

pegamos salas diferentes, não manteve uma sequência, que é pedido pelo projeto... Mas mesmo assim eu senti que com o grupo... nós dividimos em dois grupos também para pegar é... inclusive porque a sala era grande, pra dividir a turma, com um grupo na unidade, ficava na escola com uma sala disponível pela diretora. E mesmo tendo esse fato, eu senti que assim... é claro que tem aqueles que não querem participar; mas assim eu senti que as crianças foram bem participativas e houve essa troca de informação, nós ouvimos elas, o que elas tinham pra falar, que no caso nós abordamos o tema das drogas, álcool e outras drogas, e foi interessante ouvir a opinião delas a respeito do que elas conhecem e depois do que elas realmente....o conhecimento que elas adquiriram.... então foi uma experiência positiva. Desde a preparação, a gente integrava o próprio grupo, pra organizar as dinâmicas e tudo mais, e também na hora de executar o projeto.(08:29)

Participante P7: É... Aero Rancho IV. A nossa experiência com o SPE foi enriquecedora né...a gente conseguiu acho que cumprir a nossa missão, a nossa meta que a gente tinha. A gente teve só dois encontros pra tudo isso né. O pessoal não estava acostumado, era algo tudo novo alí né. Eles estavam, na verdade, perdendo aula de matemática e isso já animou eles. Aí depois que foi fluindo melhor o encontro. Acho que a gente teve bastante retorno deles né, como a E disse. Nem tudo que é muito claro pra gente é claro pra eles né. Essas informações como sífilis, Aids, para eles é um...eles estavam aprendendo alí, como se estivessem com o contato inicial naquele momento. E é uma coisa assim que surpreendeu a gente né. Mas de uma forma geral, acho que foi bem interessante a gente terminou o segundo encontro assim, com o sentimento de dever realizado.

Participante P8: É.. Marabá. Então, a importância do SPE foi que nas atividades que a gente fez, a maioria das vezes, a gente só introduzia o tema pros alunos e pedia uma devolutiva pra eles, sobre o que eles achavam, o que pensavam sobre aquilo. Então a importância foi a questão de os alunos, muitas vezes eles pensavam de uma forma e saíam de lá com um outro pensamento, após a atividade. Um pensamento assim que ia contribuir pra questão da saúde deles e que eles iam é levar isso pros outros alunos, principalmente assim...acho que muitos a hora que a gente introduzia o tema sexualidade, pensavam na sexualidade apenas como sexo. E a gente conseguiu provar pra eles que não é somente isso, que a sexualidade é um tema muito mais abrangente do que só o sexo. E a questão das drogas também

é importante porque, muitas vezes, eles só enxergavam o lado assim, como diz, “bom” da droga, que seria só a questão das alucinações que eles teriam. E a gente provou que é realmente, dessa forma que é oferecido pra eles. Pra eles saberem lidar, que esses problemas vão prejudicar eles e que muitas vezes não é enxergado por eles. Na questão da droga que realmente assim tá muito comum, hoje em dia, essa questão da introdução das drogas no meio jovem e que é oferecido somente dessa forma né, que eles não pensam no prejuízo que eles poderiam ter. Então assim é importante que eles davam a opinião deles, a gente introduzia o tema, explicava e conseguia convencer eles de que não era somente aquilo e que tem outras visões daquele tema que eles poderiam aprender e levar pro próximo que é a educação entres pares que é preconizado pelo SPE. (11:36)

Participante P9: Não entendi o começo... também foi feito o contraturno...e aí realmente só foram os alunos que estavam realmente interessados em participar. E aí assim a princípio a gente percebeu que no começo eles estavam mais quietos, eles não queriam compartilhar muitas coisas. Aí era um grupo bem pequeno mesmo, de umas 7 pessoas. Assim era muito difícil eles interagirem com a gente. Mas eu acho que a gente conseguiu criar um vínculo tão bom com eles que a partir dos outros encontros, eles voltaram. A gente ficou meio receosos deles não voltarem, eles voltaram. A gente percebia que eles tinham a informação, só que eles tinham muitas dúvidas acerca das coisas que eles pensavam. E eu acho que assim, no final, eu acho que a gente conseguiu capacitá-los e interagir com eles, o pequeno grupo eles foram até a escola e acabaram sensibilizando as outras salas que vão participar o ano que vem. Então assim, eu acho que foi bem proveitoso. A gente conseguiu passar pra eles ao mesmo tempo foram e passaram para a escola também. (12:35)

Participante P10: É...Eu sou do Itamaracá. É...nós fizemos com um grupo de cerca de 17 a 20 acadêmicos, eles eram da mesma turma. É...tavam faltando a aula de inglês. Então pra eles não era tão incômodo não, eles gostavam da aula de inglês. É, eu achei que foi uma dinâmica bastante proveitosa, tanto para o meu grupo, dos acadêmicos, quanto pra eles. Eles foram bastante assim participativos. É...nós fizemos três dinâmicas. Uma sobre álcool e drogas e duas a pedido da Neli sobre saúde reprodutiva e sexualidade. É...eu acho que é na maioria dos casos, mas foi uma turma de oitava série, muitos ali já tinham relações sexuais, já tinha caso de

meninas que estavam grávidas e aí nós fizemos dinâmicas, focando mais nesse tema. É...e após, no final dessas dinâmicas a gente entregava um papel e falava assim: “gente, alguém tem alguma dúvida?”. “Se tem alguma dúvida, pergunte pra gente, seu nome vai ficar em sigilo e nós vamos pegar esse papel agora e vamos responder as perguntas”. E a gente via que eles tinham muitas dúvidas ainda, é...é o que já foi comentado aqui. A gente não pode pensar que eles sabem também, muitos desconhecem as coisas que...muitos desconhecem todas as formas de prevenção, é...só imaginam o sexo realmente como prazer, mas não pensam nas DSTs e as consequências que isso podem causar. E eu acho que com as dinâmicas a gente conseguiu, eu acho que não de forma definitiva né, porque você sempre tem algo mais a aprender e nunca, e eu acho que foi algo bastante proveitoso, porque isso acho que deu pra gerar uma reflexão neles né.

Participante P11: Alves Pereira. Nós trabalhamos também com um grupo em cerca de 20 alunos. E no começo a escola realizou um intermédio da gente lá, e a diretora foi bem receptiva assim, ela forneceu 3 tempos por dia, pra gente poder ficar lá, das 07:00 as 10:00 da manhã fazendo as atividades com o pessoal. A gente não estendeu muito, e no começo, claro, tem aquele receio pela quantidade de alunos né. A gente teve sorte de pegar uma turma bem colaborativa. É, uma coisa que eu achei interessante assim, é com eles lá, é foi pra gente planejar o lanche no final do último encontro, a gente pegou o número de alguns alunos lá, pra eles se organizarem pra fazer o lanche. E aí depois eles pegaram, e até hoje, as vezes, eles mandam perguntas pra gente, tirando dúvidas e esses dias a menina mandou: “Ah...consegui”, ela não sabia que poderia ser atendida sem a mãe na UBSF. Ela mandou um whatsapp pra gente, falando que ela conseguiu ser atendida lá, sem a mãe, ela foi lá resolver as dúvidas que ela tinha. E eu concordo com o C, também, é importante a nossa participação no SPE, principalmente agora nessas greves dos médicos, que os enfermeiros estão sobrecarregados na UBSF e eles não tem o tempo pra fazer essas atividades, fora da UBSF. Então eu acho importante esse papel que a gente desenvolveu lá. E assim, foi uma experiência muito boa, a nossa turma foi bem colaborativa. No último dia, uma menina que tocava guitarra tocou, então a gente teve muita sorte com a turma que a gente pegou.

Socorro: Vocês acham que a postura de vocês é... sofreu influência né...modificou, pra trabalho em grupo, em relação a escola, a equipe, usuários, depois que você

passaram pela experiência do SPE. De propor um trabalho, de desenvolver um trabalho. Se a postura de vocês pra propor um trabalho em grupo, com usuário, com equipe, com escola, se modificou após você terem passado pela experiência do SPE, se vocês tem essa percepção de saírem diferentes da experiência do SPE para o trabalho em grupo. Pra propor um trabalho com outro? (16:49)

Participante P11: Bom. Alves Pereira. Eu acho assim...quando a gente faz um trabalho em grupo com outras pessoas que a gente não conhece ainda, a gente tem que ter um planejamento das atividades que...vai ser oferecidas ali no momento. A gente aprendeu que esse planejamento é bem importante e eu acho que nessa realização do SPE, a coisa que eu mais aprendi é como lidar com os imprevistos, que a gente sempre tem que ter uma “carta na manga”, porque apesar da gente fazer esse planejamento, as vezes, as coisas não saem do jeito que a gente tá querendo. Então pelo menos o que eu tirei proveito disso daí, foi saber sempre como lidar com vários imprevistos que pode ocorrer durante essas dinâmicas.

Participante P3: É...Eu concordo com o que o G disse porque assim, a gente aprendeu a lidar assim com uma situação assim como um grupo, porque a nossa preceptora não ajudou a gente em momento nenhum, então a gente tinha que fazer intermédio com a própria escola. É...eles não estavam tão receptivos assim, então a gente tinha que ir com certo...(não entendi) pra conseguir o que a gente estava querendo. Então nesse sentido foi proveitoso. Por mais que a gente não estivesse numa situação de conforto nessa situação, mas acabou sendo proveitoso nesse sentido sim.

Participante P1: É... No meu também a gente teve muito problema com a escola, a escola não era nenhum pouco receptiva, eles não queriam que a gente fizesse. Aí de início eles deram uma turma no contra-turno, aí ninguém foi, porque era uma sexta-feira de manhã, e aí ela estavam liberados da aula, foi muito confuso assim, deram muitos problemas. Teve dia que a gente chegou lá e não tinha sala pra gente fazer, e aí a coordenadora falou que ela não ia arranjar. Então foram vários problemas, e aí nesse ponto a gente teve que aprender a lidar, a nossa preceptora também não ajudava muito. Então assim, a gente ficou é...a gente aprendeu a lidar, conversar com a diretora, a professora assim e resolver esses imprevistos. E até em relação aos alunos, porque as vezes a gente não estava preparado e vinha uma

pergunta, e aí a gente tinha que lidar com aquela pergunta, porque é muito ruim você deixar sem resposta né, então acho que isso também foi muito proveitoso. (18:50)

Participante P4: É a escola que nosso grupo fez... a gente teve meio que se desviar mas isso complementou e acho que enriqueceu o nosso trabalho, porque conseguimos aprender a lidar com situações não planejadas. Lidar com os alunos. Em todos os trabalhos que a gente realizar com a comunidade a gente vai estar mais preparado pra lidar com esse tipo de problema do que antes e sempre ter o apoio de tudo mundo. Foi ruim, porque apesar da gente conseguir poucos alunos, a gente não teve muito encontros, mas a gente está mais preparado para lidar com situações assim, mas o trabalho em si da gente se organizar em 7 pessoas do nosso grupo, com a nossa preceptora e com alunos, o nosso trabalho em grupo ele é muito mais proveitoso e a gente tá conseguindo lidar agora com opiniões divergentes, então pelo fato dos alunos, dos adolescentes terem opiniões diferentes da nossa, e a gente diferente deles, a gente aprendeu a ouvir cada um dos casos e conseguiu tirar o enriquecimento de cada opinião, e então a gente conseguiu fazer mesmo. E a gente conseguiu contribuir de uma forma e isso, com certeza enriqueceu a gente para as próximas atividades.

Participante P 10: É, eu acho que...eu achei bastante proveitoso essa parte porque eu imagino que na maioria dos grupos teve essa relação com um grupo jovem, ainda mais um grupo jovem e como você está naquele papel de você tentar expor sua opinião. Quando você uni a turma lá de jovens, de oitava série, acho que 13, 12 anos, é um grupo totalmente diferente porque é um grupo que se você não souber fazer uma boa abordagem ou tomar o controle da turma, você acaba perdendo tudo né? E...quando você vai lá pra frente, fica na frente deles em pé e tenta explorar um pouco da sua opinião, eu acho que bem...eu senti inicialmente um pouco de nervosismo, fiquei um pouco incomodado. Então acho que tudo é uma forma de aprendizado mesmo.

Participante P8 : É... Marabá. Diferente de alguns...é...meu grupo assim já desde do primeiro ano, a gente já vinha nesse colégio, fazendo atividades sobre DSTs e formas de prevenção...é contracepção. Então assim, a gente teve a dificuldade com o grupo em si, mas a gente tentou de tudo até com o auxílio da professora Sônia e

realmente o grupo em si não tava interessado, a gente tinha dividido a turma em 2, é turma de acadêmicos em 2 grupos, aí metade ficou com uma sala e metade ficou com outra. E uma sala, infelizmente assim, não se mostrou interessada em falar, pelo fato de não ter uma aula né, e a gente viu que não estava sendo vantajoso, então a gente preferiu parar a atividade com essa turma, que não tava sendo proveitoso tanto pra gente quanto pra eles, e focar mais na que realmente interessava. E a partir dessa turma assim a gente, pelo menos o grupo da unidade, não teve dificuldade, porque eles se mostraram bastante interessados assim em participar, em querer realmente ter esse conhecimento a cerca das atividades que a gente tava proporcionando. E eu acho importante também da própria, o estilo da faculdade, que já introduz o acadêmicos desde o primeiro ano, é...nesse meio né. Então isso também contribui bastante pro desenvolvimento e pro desempenho dessas atividades em grupo.

Socorro: Ao você propor essa atividade e não ter sucesso, isso despertou algum sentimento, é em vocês, no grupo. Vocês conseguiram refletir sobre isso?

Participante P8: Então, a gente até pensou assim, se era algo que a gente tava fazendo de errado, se não a gente que não tava realmente conseguindo chamar a atenção. Mas a gente tentou mudar a forma, tentou deixar eles mais livres, tipo tentar fazer com que eles participassem e colocassem mais a ideia deles. Mas eles realmente assim, eram pouquíssimos interessados, dos 25 alunos, se tivessem uns 3 que estavam interessados eram muitos, então a gente percebeu que naquela turma é...era uma turma que realmente, o colégio falou, a própria diretora falou que era complicada de se trabalhar, que era uma turma que bagunçava muito, alunos que tinha uns que já tinham reprovado 2, 3 anos. Então, essa parte da turma foi bem complicado. É lógico assim, senti um pouco de frustração, por não ter conseguido levar atividade, mas a gente viu que, por mais que a gente tentasse, é uma coisa que não depende só da gente, depende do interesse deles também. Então se eles não estão interessados numa atividade que a gente tá tentando proporcionar, acho que não tem como você dar continuidade nessa atividade. Tanto que na turma que realmente tinha interesse, a gente conseguiu assim, levar de uma forma bem tranquila e realmente teve assim um... um ato positivo em relação a isso. A gente espera que essa turma, que deu certo, leve pra turma que não deu certo e talvez o ano vem, eles realmente vejam a importância que tem o SPE.

Participante P7: É., com relação a coordenadora, ela proporcionou um grupo, proporcionou uma sala, a gente escolheu os horários certinhos...e a gente foi duas semana seguidas e teve que pegar horários diferentes. Com relação aos alunos, a gente percebeu e teve que ter bastante jogo de cintura porque eles faziam muitas brincadeiras, conversavam bastante, ficavam fazendo gracinha, então assim, a gente teve que ter jogo de cintura pra poder lidar com isso, porque é uma coisa que a gente não tinha ideia que acontecia direito. E uma coisa que eu notei foi em relação ao professor de matemática, que foi no primeiro encontro que a gente foi lá, a gente pegou a aula dele. E ele assim, aceitou tranquilamente e ficou feliz, aí na segunda vez, ele queria que a gente pegasse a aula dele de novo, então eu notei assim que parecia que ele tava feliz porque a gente, porque ele não iria dar aula na verdade. Então foi uma coisa que eu notei assim, que a gente pode perceber como os alunos são tratados dentro da própria escola né. O próprio desinteresse dos professores com eles. Mas eu acho que no final das contas, a gente conseguiu lidar bem com tudo isso. (26:03)

Socorro: Você acha que esse desinteresse, que vocês perceberam você acha que isso afeta também esse grupo, o desenvolvimento desse grupo?

Participante P7: Com certeza afeta né, porque se o professor está desinteressado, então quem dirá os alunos.

Participante P6: É... No caso da minha...do meu grupo...é...desde que foi apresentada a proposta do SPE, é pela nossa preceptora, ela já falou, indicou a escola, no mesmo dia nós já fomos. A escola já nos recebeu de braços abertos e já foi marcado o tema que tinha que obedecer. Aí a partir daí, nós nos organizamos. E em relação a essa parte nós não tivemos dificuldades, tanto que na unidade a nossa preceptora disponibilizou uma sala, na escola também. E em relação as crianças foi mais ter essa dinâmica pra lidar com elas, conversinhas, que sempre tem. As vezes elas ficam agitadas, é principalmente as que iam pra unidade né. Elas queriam, um universo diferente do que a gente fala assim: "Oh!"...mas elas colaboravam, mas claro sempre tem aqueles que a gente tem que pedir né, é...são mais agitadas, fazem bagunça, mas isso a gente foi assim....isso a gente planeja, planejamos tudo, pra deixar tudo organizado, tudo separado, como deveria ser e a ordem das coisas. Mas sempre tem esses imprevistos, que meu grupo, tanto o que ficou na escola

quanto o da unidade, soube lidar de um forma assim...é...bem de acordo com que a situação pedia, sem deixar assim as crianças desconfortáveis e conseguir passar o que nós precisávamos. (28:14)

Participante P5: É...aluno da Uniderp tem que saber lidar desde o primeiro dia (risos), então com planejamento também. Então acho que isso só fortificou o planejamento e fez com que nós pudéssemos coordenar, porque geralmente nós somos coordenados dentro da unidade. Então coordenar uma faixa etária que é tão difícil de lidar, acho que foi muito importante, muito válido. E pra enriquecer, pra saber lidar com imprevistos, nós sabemos que dá muito imprevisto e pra enriquecer nos próximos anos, principalmente no terceiro ano que é mais complicado.

Socorro: Você acha que essa sua fala agora parece que remete ao que a gente chama de autonomia, então você falou assim, desde o começo vocês são convidados e estimulados a lidar com imprevistos, a ter autonomia pra ir. Então você fala...(não entendi)...se sente mais segura de coordenar, de fazer essa condução, de um outro grupo?(29:15)

Participante P5: Sim, porque nós somos coordenados, não coordenamos. Mais ainda que sejamos coordenados, nós temos que saber lidar com imprevistos. A diferença dessa vez é que quem tava lidando, gerenciando a situação eram os acadêmicos de medicina, e com uma faixa etária totalmente diferente, e com uma das faixas etárias mais difíceis de lidar. Então eu acho que a qualidade foi nesse ponto.

Participante P2: Eu tive várias percepções dentro do nosso desempenho, tanto como grupo, quanto dentro do SPE, quanto liderando os alunos. Então assim, nós como grupo, nós evoluímos muito. É...dentro da proposta do SPE a gente nos primeiros dias, a gente ia. No primeiro dia em si, a gente teve um pouco de dificuldade, pra por exemplo, manter uma sala organizada ou tentar. A gente até tentou forçar, as vezes até dar murro em ponta de faca, mas a gente até tentou forçar, conversar com eles, até quem não queria né. Mas aí a gente foi vendo que isso acabava sendo contraconvicente, então a gente procurava trabalhar mais com os alunos que estavam interessados, e aí a gente foi amadurecendo ao longo desses três meses. Dentro do SPE a gente adaptou algumas brincadeiras praquela sala, algumas gincanas que tinha, a gente adaptou praquela sala, pra que a gente

pudesse fazer em menos tempo, ou fazer de uma outra forma. Aí a gente também amadureceu nesse ponto. E logo no primeiro dia, a gente teve dificuldade pra organizar a turma. A gente chegou lá aí eles falaram que não queriam a gente. Foi assim, só que daí, depois desse dia, no segundo dia, a gente chegou lá, todo mundo bateu palma. Então foi um avanço, eu me senti bem. No final, até quem não queria participar, acabou participando um pouco. E essas pessoas que não queriam participar, a gente até fez uma reflexão com eles. Ah...não sei se todos eles vão aceitar, mas a gente tentou até esse ponto. Falar, não, o que vocês esperam, o que vai ser de vocês. A gente conversou bastante com eles. E hoje...eu me senti muito realizado. Acho que é isso.

Socorro: Como grupo, você falou que vocês também se sentiram? melhores né? Pra afinar esse planejamento, você acha que isso também modificou, o SPE contribuiu pra organização de vocês, pro conhecimento do trabalho de vocês, do grupo pequeno né?. Desse grupo que planeja, que organiza. (32:00)

Participante P2: Melhorou muito, verdade, a gente tava com dificuldade pra saber quem fazia o que. É...até porque a gente nunca tinha trabalhado com isso né, dentro da escola. E a gente tinha outras atividades pela UBSF na escola né. Então a gente teve dificuldade no primeiro dia. No segunda dia, a gente começou a se organizar melhor. A gente falou assim: você vai cuidar só disso, você vai cuida só daquilo. E ai cada um tinha uma função específica e a hora que os imprevistos surgiam, a gente sabia mais ou menos o que fazer, porque a gente conseguia delimitar funções de cada um. Então isso ajudou bastante, no terceiro dia a gente já estava saindo super bem.

Participante P9: Eu vou falar... meu nome é R, do Iracy Coelho. A gente teve duas situações. Primeiro que a gente teve um contato com um pequeno grupo de adolescentes dentro da UBSF, e no ultimo dia esses adolescentes foram até a escola fazer uma dinâmica e a gente acompanhou eles, mas a gente foi só pra dar um apoio, eles que fizeram a apresentação. Durante as dinâmicas na UBSF foi muito tranquilo a nossa relação com os adolescentes, só que quando a gente foi na escola dar esse apoio pra eles. A gente viu uma dificuldade que era com cada um na sala, de mais ou menos uns 20 alunos e poucos respeitavam, era assim uma turma bem difícil assim nesse último dia, bem difícil mesmo. Pros alunos, pra eles, manter

o silêncio, teve que ter vários colaborativos, mas realmente foi muito difícil. Então a gente pode perceber assim, que realmente aqueles que foram até a UBSF, eles estavam interessados mesmo, mas foi muito difícil passar pra eles...foi muito difícil assim..eles gritavam...foi bem complicado. E aí só teve uma professora, que era professora de biologia deles, que quando chegou lá, ela falou um “A” pra eles e eles acalmaram. Depois então essa professora, ela veio conversar com a gente e queria saber mais sobre o projeto, então foi assim, uma das melhores professoras que a gente teve, ela veio até a gente e começou a conversar, pedir mais explicações, ela queria saber mais um pouco e ela ia conversar com os diretores pra ver se ela não podia ajudar a gente.

Socorro: Eu queria fazer outra pergunta agora, a gente pode falar assim, participar de forma bem espontânea tá? Quando vocês passaram pelo SPE, teve alguma experiência que marcou e vocês se recordam, uma situação, acho que a Rafaela trouxe agora dessa professora que se aproximou, acreditando no projeto, eu não sei como o grupo percebeu, mas o trabalho que vocês estavam desenvolvendo ali na escola foi percebido pelo coletivo. Teriam algumas outras histórias, algum fato marcante, alguma coisa?

Participante P1: É...no meu né, foi assim, teve um fato que foi um menino que no primeiro dia, a gente estava falando da diversidade de gêneros e sexualidade...não sexualidade em si, mas homossexual, heterossexual, explicando essa parte, a Sônia até tava e o menino falou que assim, que as palavras foram que ele odiava gay, é que ele não aceitava, que se o irmão dele fosse gay ele não aceitaria, coisas assim. Ele expos a opinião dele. E aí no último dia quando, nós tivemos 3 encontros, aí no último dia ele falou que assim, que depois de tudo que a gente tinha mostrado, ele tinha mudado a opinião dele, que ele tinha percebido que você tem que respeitar aqueles que são diferentes de você, e que ele é...que em relação a isso, hoje em dia ele conseguiria aceitar aquela assim...uma pessoa pelo fato de ser homossexual ou algo assim. Então assim, acho que foi o mais importante, porque ele deu a opinião dele no começo e no final, ele pediu pra falar, é...já que a gente estava encerrando assim, pra expor sua opinião que ele realmente tinha mudado.

Socorro: E como o grupo recebeu essa devolutiva do grupo?

Participante P1: A gente? Não assim, foi mais uma conversa assim, a gente falou que era importante. A gente perguntou se alguém mais queria falar o que tinha mudado, mas até falaram que esclareceram muito...essa parte de gravidez, mas não, o mais marcante foi dele né, a gente só deu a devolutiva de que todos deviam expor, o que deveria ter sido melhor.

Socorro: O que vocês sentiram com essa devolutiva dele né? Porque vocês propuseram um trabalho e daí no final vocês coletaram uma evolução talvez desse grupo né?

Participante P1: É...foi muito gratificante assim, eu achei pra mim pelo menos, eu achei muito legal assim, vê que mudou a opinião de uma pessoa né, a gente conseguiu mudar, na minha opinião assim, a forma dele ver e tratar as vezes as coisas. Porque as vezes, no futuro ele ia praticar algum tipo de preconceito e assim você vê que a pessoa evoluiu assim. É legal porque a gente vê, a gente levou uma evolução pra vida dele.(37:30)

Participante P4: No meu grupo, a gente, como a gente havia dito antes, foram só 4 alunos, depois eles acabaram levando mais dois, e um fato que chamou muita atenção foi uma das alunas que ela já tinha participado do SPE...então ela gostava do projeto (não entendi)...mas ela ainda assim continuava participando do projeto sempre que tinha e a gente viu o quanto ela tava engajada dentro do grupo de amigos, em comparado com aqueles que nunca tinham participado do SPE. Ela realmente é...sempre que ela estava em contato, como ela era muito extrovertida, ela sempre complementava, expunha a opinião e tentava ajudar. E ela expos isso pra gente. Ela contou pra gente que uma das amigas tinha sofrido bullying, uma situação de abuso mesmo sabe, sexual. E ela tava contando aquilo que a amiga dela foi pedir ajuda pra saber como lidar com a situação, ela conseguiu ajudar a amiga como buscar ajuda pra resolver aquilo. Então a gente viu tudo isso, porque ela já tinha passado pela capacitação do SPE antes. E a gente viu o quanto aquilo mudou a situação, se ela não tivesse passado pela capacitação, se ela não tivesse entendido o quanto é importante você ajudar os outros, tentar fazer com que cada um busque a solução ela não teria chegado na amiga e contado. Então o SPE realmente funciona e apesar de não atingir tanta gente, mas aquele que atinge faz diferença num grupo e como ela tava continuando nas atividades do SPE a gente viu

que ela poderia continuar influenciando a escola e os amigos, porque realmente ela sempre busca ajudar as pessoas, ela sempre busca fazer diferença no grupo de amigos. Então isso foi muito gratificante pra gente porque, tá funcionando, a gente tá colhendo frutos, por mais que seja um ou dois, é gratificante ver que tá fazendo diferença na sociedade.

Participante P6: É, no meu caso lá onde eu fiz, durante a aula sobre drogas, um dos alunos ele se manifestou e ele disse que o pai era alcoólatra, que o pai quando bebia ficava muito bravo e as vezes fazia que ia bater nele, bater na mãe dele e assim, essa foi uma situação que o grupo teve dificuldade em se manifestar, assim, a gente ficou, não sabia o que falar pra ele naquele momento, então foi uma das situações.

Socorro: Isso gerou que sentimento no grupo, você acha?

Participante P6: Acho que um sentimento de impotência, porque a gente queria poder acalmar, poder dar uma palavra de consolo, mas a gente não sabia como fazer isso.

Participante P11: Acho que no nosso último encontro, a gente trabalhou com sistema de álcool e drogas também. Aí...um dos alunos que estavam lá, a gente estava fazendo a exposição dos tipos de drogas lá, aí um aluno levantou a mão e perguntou: “mas como que vocês sabem, vocês já usaram?” Aí uma outra menina interrompeu a outra aluna: “claro que não, eles são ricos, droga é coisa de pobre, a gente que usa” Então assim, aí tinha que mudar meio o rumo da...do que a gente tava fazendo porque, tipo assim, nessa faixa etária de 14, 15 anos, época que eles estão formando opiniões, então a gente teve que mostrar que tipo a droga não escolhe faixa etária, nem classe social e foi uma das coisas que mais me marcou assim no SPE.

Participante P2: O que eu me lembro assim, não teve na da exatamente marcante...por exemplo a gente distribuiu uns papezinhos pra eles, pra eles selecionarem o tema que eles gostariam de trabalhar, colocarem alguma dúvida. E uma das pessoas, a gente nem sabe quem foi, só escreveu no papel e escreveu assim: “Porque pessoas de classe social alta humilham e decidem colocar pra baixo as pessoas de classe social mais baixa?”. Então eu vi que isso que você disse é, tá

muito comum na escola. Muitas pessoas pensam isso e muitas pessoas de classe mais baixa acabam se sentindo humilhadas, oprimidas por pessoas que se acham superiores

Socorro: O que você acha disso, você acha que a classe que faz isso acontecer, a classe que determina essa atitude, de um ser prepotente e outro acatar aquilo?

Participante P2: Eu acho que a gente já tem um contexto histórico que diz isso. Que as pessoas ricas podem mais e acabam, não generalizando, mas a maioria, é o que acontece. E aí acabam que embutido na mente das pessoas essa visão preconceituosa.

Socorro: Você acha que favorece?(cortou um pouco o áudio)(42:17)

Participante P2: Eu sou totalmente contra, é o que ele falou. As vezes a pessoa não vai se sentir sensibilizada, por conta de uma ação, porque acha que a pessoa que está ali na frente é superior à ela. Isso dificulta muito. Nós aprendemos em HM, que nós devemos ter esse vínculo de igual pra igual.

Participante P3: Então, eu me senti bastante impotente em uma situação. Nos 5 primeiros minutos que a gente chegou, sem brincadeira, nos primeiros 5 minutos, eu cheguei a dar uma olhadinha pra ver que horas são. A guria de chamou de viado, nos 5 primeiros minutos. Aí eu falei assim, eu já esperava que alguma coisa do tipo ia acontecer, porque eram crianças e que aí ia acontecer alguma coisa do tipo, tranquilo e na minha cabeça, tava assim, eu tava preparado que isso ia acontecer e que se acontecesse eu ia tentar dar o máximo pra desmistificar e transformar essa situação num aprendizado, mas eu não consegui fazer isso. E eu olhei...a gente pegava as cartilhas, a gente fez dois encontros sobre sexualidade, e que a gente tentava incluir tudo, em todos os encontros, esse tema, pra ver se saia alguma coisa. Chegou no final, vai o menino e me fala a mesma coisa no final. Eu não sabia o que fazer! Eu não sabia o que fazer...de verdade! Então assim, eu fiquei incomodado porque eu não podia fazer nada, porque eu ia fazer o que? Bater? É horrível!

Socorro: E isso foi mais vivenciado por você? Pelo grupo todo?

Participante P3: Pelo grupo da manhã inteira assim, nós éramos em três de manhã e todos perceberam, e as meninas me olharam assim...aí eu falei: “não tem problema, desde que a gente consiga fazer alguma coisa a respeito disso”. Mas no final a gente não conseguiu fazer nada.

Socorro: É a sensação de trabalho, mas de não ter atingido um objetivo né? Impotência você acha? Alguém mais?

Participante P10: Eu não tive experiências tão impactantes ou desconfortáveis nesse ponto, mas uma delas que, que me marcou um pouco foi que, era uma das meninas que veio falar com o nosso grupo depois da nossa dinâmica de sexualidade e sobre idade reprodutiva. E ela tinha uma irmã de 16 anos que já tinha uma filha já. Aí ela veio comentar pra gente que após as nossas dinâmicas abordadas naquele tema, ela não queria o mesmo futuro pra ela, de 16 anos, ter que largar a escola, pra poder cuidar de uma criança, então eu acho que de certa forma, a gente conseguiu dar um impacto na vida dela e talvez evite uma possível gravidez na adolescência.

Socorro: Você falou que talvez ela não vai seguir o destino da irmã né? Isso despertou um sentimento em vocês, em relação à isso?

Participante P10: Ah...o sentimento que eu tive é que realmente nós conseguimos talvez mudar o destino de uma menina, porque muitas ali tem relação sexual já, na oitava série. E tem meninas lá na escola, não na nossa turma, mas na escola, que já são mães. Então isso é uma realidade, que eu acho que na maioria dos bairros, na maioria das unidades. Então, inclusive na família que ela tem uma irmã de 16 anos, tendo filho, e isso de certa forma marca ela e me marca porque eu vi que ela talvez não tenha a mesma realidade que a irmã mais velha teve. Essa foi a que me marcou mais

Socorro: Vocês acham que contribuíram, colaboraram?

Participante: Sim, contribuímos.

Socorro: Mais alguém?

Participante P6: É... D. No caso da minha equipe, no depoimento das crianças, durante as dinâmicas, a gente abordou o tema sobre álcool e outras drogas. Abordamos a sexualidade também. E durante a...as crianças, sobre o álcool, elas

tem um visão, diferente né, que o álcool...é...o álcool atinge o SNC...e as crianças tinham uma visão assim: “ah você fica bem”, “você fica alegre”, “leve”, aí uma outra criança assim: “não, depois que minha mãe bebe, ela chora” . Sabe, aí cada um tem uma experiência na família, é de si próprio né, mas ninguém admitiu lá que bebia. Mas é lógico que a gente tem noção né. Outro fato também que nós achamos interessante, é que assim na hora de perguntar se algum aluno já tinha perdido algum amigo, parente, devido à acidente de trânsito causado pelo excesso do consumo de álcool. Nossa, foi 100%, todo mundo já tinha perdido algum parente, algum amigo, e isso choca, porque vai demorar pra diminui essa realidade né.(47:58)

Socorro: Acho que nós estamos caminhado pro fim... tem mais umas duas. Quais... é... talvez não sei se habilidade ou conceito que vocês acham que vocês voltariam a aplicar que vocês aprenderam no SPE, alguma coisa que fez parte das propostas, da dinâmica, que vocês queriam utilizar de novo, como uma ferramenta importante ou um jeito de trabalho que vocês poderiam reproduzir em outras situações, ou se vocês já aplicaram, ou aplicaria alguma coisa que vocês aprenderam na experiência do SPE?

Participante P4: Eu acredito que a educação entre pares e a proposta de você trabalhar não com alguém expondo o assunto ou fazendo uma dinâmica, enfim, fazendo só uma pontuação sobre o assunto, mas um local pra discutir sobre um ponto cada um contribuir com a sua opinião formada e com seu conhecimento e não só com alguém passando a informação. Acredito que isso possa ser utilizado em todas as faixas etárias porque você vê que realmente faz sentido, você aprender com a pessoa que está na mesma realidade sua e não com alguém que está...simplesmente estudou sobre o assunto vai passar pra que você. Isso pra construir uma opinião sobre determinado tema, principalmente social é muito mais impactante do que só alguém só...(não entendi)...de um grupo diferente.(49:35)

Socorro: Você acha que descentralizar, então essa informação acaba contribuindo pra o trabalho, seja ele na educação, educação em saúde, para o trabalho com as pessoas?

Participante P4: Com certeza, porque você leva essa informação pra todos os grupos, todas as faixas etárias e você vê dentro de cada grupo, não só uma pessoa hierárquica falando sobre o assunto

Socorro: A valorização dos vários saberes é isso que contribui pra esse aprendizado coletivo.

Socorro: Mais alguém?

(Dúvida entre os alunos).

Socorro: Reproduzir, levar alguma coisa disso pra vida acadêmica em outras situações de vocês.

Participante P6: Esse jogo de cintura que a gente teve que desenvolver ao longo das atividades, é com as crianças, é o que eu acho que a gente vai levar de aprendizado, a gente desenvolve desde o primeiro ano, mas com o SPE a gente trabalhou sozinhos né. Claro que vocês deram apoio por fora, mas nós tivemos que fazer. Então acho que isso a gente vai levar pra todas as atividades que formos realizar. Dependente se for do SPE ou outra atividade, essa capacidade de planejamento, sempre vai ter alguma coisa que vai ter que organizar não que vai sair exatamente do jeito que você espera. Eu acho que isso é muito positivo e vamos levar sempre.

Participante P2: Acho que como o V. falou da parte da metodologia ativa que vai que faz total diferença na vida dos alunos que estão apreendendo porque eles que são...estão fazendo acontecer. E na escola, na aula de ciências, eles estavam aprendendo sobre sexualidade, puberdade, adolescência, que são alunos do oitavo ano, e pra ensinar essa parte de puberdade, adolescência e métodos contraceptivos, a gente pegou a essência do SPE e trabalhamos em dinâmicas com eles. E eu vi que foi muito produtivo. É, eu vi que eles, eles fizeram mesmo sabe, se maquiaram, fizeram teatro sobre drogas, e na parte de sexualidade também, eles colaboraram muito, fizeram cartazes. E quando eles fazem alguma coisa, é como se eles tivessem vontade, aprendem muito mais, você nem precisa ensinar muito o conteúdo por que eles já estão sabendo, porque eles fizeram, eles passaram por aquilo.(52:33)

Socorro: Quando a gente fala um pouquinho da prática médica lá na estratégia saúde da família. Você identifica habilidades desenvolvidas na execução do SPE, que podem auxiliar no desempenho do médico naqueles cenários, nos pacientes da UBSF? Quais seriam?

Participante P5: A linguagem que você adota, porque por exemplo, nós estávamos falando sobre o uso de drogas e álcool, e eu lembro de drogas, especificamente que nós estávamos abordando e nós falamos que ia afetar a memória do usuário. E a menina levantou a mão e perguntou: “Como?” E a gente ia explicar usando poucas palavras técnicas e a gente arrumou um jeito de explicar pra ela, pra ela visse que aquilo não é intocável que está acessível essa informação pra ela. Uma hora que você falar para o paciente uma patologia que ele teve e explicar uma situação, ele vai ver (não entendi muito bem esse final), que ele vai sair de lá legal. Úlcera, o que é úlcera? Então você saber usar a linguagem do projeto. (53:45)

Participante P6: Você já entra ouvindo o que o paciente tem pra dizer que é o que a gente trabalha no SPE. Aí saber depois é... falar de uma forma pra ajudar, mas eu acho que saber ouvir é essencial pro trabalho do médico e a gente vai levar.

Participante P4: Além disso, você na hora de passar uma informação, na hora de passar um tratamento, uma proposta não é só passar, mas entender a realidade que ele tá inserido e saber o que o paciente já sabe sobre o assunto, eu acho que isso, vai contribuir pra gente na nossa profissão, porque se todos os médicos entendessem que não é só passar pro paciente a informação, mas saber o que ele sabe daquilo, o que ele sabe da doença que ele tem, antes de você jogar um monte de informação pra ele, vai fazer diferença na adesão ao tratamento.

Participante P3: Lidar com criança, na pediatria ajuda a ter um pouquinho mais de paciência, saber que vai ter toda aquela resposta que a criança vai ter, pra perceber o que você realmente quer. Ele não tá no seu tempo, não adianta você falar: “vou te auscultar agora tá?” Não vai adiantar, então isso ajuda a lidar com essa faixa etária assim.

Socorro: E de habilidade você acha que ter paciência?

Participante (P3): Sim, a paciência, muita.

Socorro: Outras habilidades que podem ajudar, que o SPE ajudou, que podem contribuir pra essa formação médica. Porque o médico lá na ponta, na estratégia da saúde da família, ele poderia estar se beneficiando, utilizando além do que vocês falaram.

Participante P7: Acho que saber lidar com as diversas situações né, que a gente vai encontrar pela frente, que nem a gente encontrou no SPE. As vivências que o pessoal passou pra gente, acho que a gente vai saber lidar com essas situações diferentes né. Saber lidar com relatos que podem surpreender, mas a gente vai ter que aprender a lidar com isso pra poder ajudar, acalmar.

Participante P3: Acho que ter empatia, porque você vai...aconteceram situações que são desafiadoras, se colocando no lugar daquela criança. Dessa menina que contou pra gente essa história e tudo mais. No primeiro dia ela chorou, ela falou assim...ninguém entendeu muito bem, mas ela falou que a mãe obrigava ela ir no terreiro de umbanda, e ela não gostava disso mas ela ficava reforçando que era pra fazer o bem e não o mal. E quando ela disse isso, ela chorou e chorou, e a gente falou pra ela beber água e eu não sabia o que estava passando na cabeça dessa menina, o que levou ela a falar isso na escola, são todos os amigos dela e ela não fazia isso na frente da sala, o que tava passando na cabeça dela. Infelizmente a gente não conseguiu chegar nela, porque a coordenação tirou ela do projeto, mas a gente tentou entender o que estava se passando ali, na situação daquela família, na situação social daquela criança.

Participante P4: E também o fato de você conseguir entender o que o médico dessas unidades de saúde da família, não vão cuidar somente da saúde do paciente, mas vão estar em contato com muitas informações, problemas sócias, familiares, que as pessoas vão ter também e estar preparado pra lidar com isso, não só com a doença do paciente. A gente ouviu dos adolescentes várias experiências, vários problemas que os amigos estavam passando. E a gente tem que estar preparado não só em passar a informação médica.

Socorro: O médico também é convidado a trabalhar em equipe, de certa forma também isso ajuda a adquirir, vocês identificam alguma habilidade, quais habilidades pro trabalho em grupo que o médico precisa também pra estratégia na saúde da família?

Dúvida

Socorro: Ao passar pelo projeto, o médico adquiri habilidades, quais seriam para o trabalho em grupo, dentro da equipe?

Participante P2: Acho que a capacidade de organização, é muito importante por que, por exemplo, tem grupos que várias pessoas tem aquele espírito de liderança. Então quando tem mais de duas, três pessoas assim, isso pode gerar problemas, porque uma pessoa vai querer mais do que a outra. Então a capacidade de se organizar, isso ajuda né, e quando você já faz isso durante 6 anos, a gente espera que no final de 6 anos, continue com essa habilidade assim. E isso ajuda muito, e também a capacidade de lidar com imprevistos, porque mesmo que você se organize, mesmo que você delimite funções, mesmo que você pense em tudo, sempre vai ter alguma coisa que precise ser superado.

Socorro: Seria essa flexibilidade?

Participante P3: Você pode estabelecer um modelo terapêutico maravilhoso, e nem sempre o paciente vai reagir do jeito que você quer.

Participante P2: E tipo assim, existem poucos pacientes que são exatamente iguais aos dos livros.

Participante 10: Acho que saber cooperar né. Nas dinâmicas dos SPE, nós éramos um grupo, aí por exemplo, num centro cirúrgico é uma equipe, uma equipe que vai trabalhar junto. Então acho que saber cooperar, enfim, ajuda com certeza no médico.

Participante P11: Por mais que cada um tivesse sua atribuição , que nem na UBSF, a gente tinha que ter um diálogo, a comunicação de cada um ali pra poder desenvolver as atividades. Então acho que isso é essencial pra vida profissional, e se você não tiver essa relação com diversos profissionais,

Participante P4: e cada profissional vai ter uma contribuição para uma determinada situação. Os outros médicos, enfermeiros, agentes de saúde, e estar preparado pra se fazer ouvir, ouvir cada um e entender que cada um pode contribuir pra uma situação, de um caso, de um paciente. Cada um tem uma contribuição e todas as opiniões são válidas.

Socorro: E agora a “saideira” para a gente terminar o nosso grupo focal. Seria assim, que contribuições vocês perceberam pra vida pessoal de vocês. Cada um, ao passar pela experiência, nós fizemos capacitação, vocês desenvolveram. Contribuiu, agregou né, algum valor, alguma coisa pra vida pessoal de cada um de vocês? Vocês falaram da importância da experiência do SPE para a vida profissional né? E para a vida pessoal, vocês acham que o SPE contribuiu? De que forma?

Socorro: Agora é hora de parar pra pensar né?

Participante P4: Acho que em relação a empatia, contribuiu pra gente vê. Muitas vezes a gente se depara com diversas situações, e não para pra pensar o que a pessoa passou, tá passando. A gente se expôs em muitas experiências, agora a gente está mais sensibilizado e aí a gente consegue vê as outras situações que surgirem. (não consegui ouvir muito bem)

Socorro: Pessoalmente você acha que teve um ganho em relação a empatia né, a sensibilização, a necessidade alheia, a necessidade do outro?

Participante P2: Acho que eu aprendi que é importante a gente sempre estar atento a essas questões do SPE, sobre sexualidade, álcool, gêneros. E isso é importante, porque pode acontecer dentro da nossa casa. E participar do SPE pode nos capacitar pra ajudar alguém dentro da nossa casa. Acho que isso é uma coisa que eu aprendi, que dentro da minha família isso pode acontecer, e então eu tenho que tá lá para ajudar.

Participante P6: Se colocar no lugar do outro, ouvir o que o outro pensa. Lidar com diversas situações, porque eu vou lidar com situações assim o resto da vida né. Estar diante de uma situação não planejada e buscar alternativas pra tentar o que for necessário e ter um objetivo pra trazer um benefício tanto pra outra pessoa, quanto pra mim. Então é isso que eu vou levar do SPE.

Participante 10: A paciência, a comunicação, a empatia. Você saber observar a realidade de uma outra pessoa, que pode ser totalmente diferente da sua. Acho que as mesmas coisas que nós falamos pra parte médica, acho que envolve o pessoal também.

Participante P8: Acho que uma outra questão é a tomada de atitudes né, Como ocorre esses imprevistos, então ele acaba fazendo para aquele acadêmico que é mais tímido, ele precisa de uma forma assim, agir na hora né, porque na atividade mesmo não vai conseguir ter uma progressão. Então acho que acabar. Que o aluno seja proativo, então acho que essa dinâmica contribui bastante pra fomentar isso no aluno.

Socorro: Desenvolver essa pro-atividade, você acha que isso, como um ponto de vista pessoal é um ganho, que pode ser estimulado pelo SPE.

Participante P9: É interessante a comunicação porque, assim ter que falar com o outro, ter que repassar, as vezes, realmente pra quem é tímido...é difícil. E eu era realmente muito tímida. E acho que desde que a gente entrou, e desenvolvendo esse projeto, acabava que te forçava a repassar mesmo, a perder a timidez e ser mais comunicativo.

Participante P5: Coordenação, linguagem, comunicação. E saber lidar com situações adversas.

Participante P3: Eu sou cético! E assim, eu me senti muito fora da minha zona de conforto, e eu acho que teria uma contribuição maior, pro meu pessoal se eu sentisse a realização da atividade que eu tentei, mas eu não senti essa realização. Eu senti frustração, então assim, eu não alcancei objetivo que eu me propus no momento que eu entrei no SPE. Que era fazer alguma diferença na vida daquelas crianças, não senti isso, então eu me senti impotente, porque eu senti que estava fazendo alguma coisa de errado, mas nós fizemos aquelas fichinhas de avaliação e pedimos que escrevessem alguma coisa que podia melhorar pra atividade e só vinha coisa assim: “está ótimo, não precisa mudar nada”, “está incrível”. Se está incrível e ótimo, não está dando certo porque?. E aquelas atividades dos livros, não foram feitas pra todas as faixas etárias, vamos deixar bem claro isso. A gente teve que adaptar todas as atividades pelas faixas etárias e ainda assim, a gente não sabia se estava fazendo certo porque que embasamento que eu tinha pra mudar aquela atividade? não tinha. Nada que me embasasse a fazer isso. Então é isso.

Socorro: As experiências são colocadas e vão ficar na nossa linha do conhecimento, na linha da vida. E uma vez a gente passado pela experiência, a gente não volta

naquele estado inicial né. A gente acaba sendo o a modificado de alguma forma. Então quando eu pergunto, não é necessariamente que tenha que ter tido uma ação positiva e efetiva. Mas como que cada um percebe isso, a forma como que cada um ligou e como isso pode influenciar decisões futuras. Então passar por essa experiência com certeza foi um aprendizado, e um aprendizado nem sempre vai ser prazeroso, pode ser um aprendizado inclusive doloroso, mas você já sabe mais ou menos como que é. Então passar por essa experiência um pouco intensa, essa exposição com o outro, essa solicitação de autonomia de vocês, como que isso foi pra cada um. Era mais ou menos essa ideia que eu queria coletar de vocês.