



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

LAISLA MONIQUE RODRIGUES DA SILVA

Transformando a clínica médica: O caso do Centro Multidisciplinar do
Idoso – CMI/HUB

BRASÍLIA, 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

LAISLA MONIQUE RODRIGUES DA SILVA

Transformando a clínica médica: O caso do Centro Multidisciplinar do
Idoso – CMI/HUB

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia
para obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Silvia Maria Ferreira
Guimarães

BRASÍLIA, 2013

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família, por ter estado sempre ao meu lado, me acompanhando em todas as minhas conquistas e me incentivando a não desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho seria impossível de ser realizado caso, eu não contasse com a contribuição de diversas pessoas.

Por isso eu agradeço primeiramente a Deus, por ter colocado essas pessoas em minha vida, e por ter estado sempre ao meu lado, me dando força e paciência para enfrentar cada adversidade que aparecia.

A minha família querida, pelo amor, apoio e dedicação a mim dedicados.

A minha professora orientadora Silvia Guimarães, pela dedicação e carinho. Ela foi uma das melhores professoras que eu já tive contato, sempre muito disposta e solícita me ajudando em tudo o que eu precisava e me incentivando nos momentos de desânimo.

Ao chefe do Centro Multidisciplinar do Idoso, Dr. Marco Polo de Freitas, que desde o início se dispôs a me ajudar, me apresentando sua equipe e respondendo a entrevistas. Sem o seu aval essa pesquisa estaria impossibilitada de se concretizar.

À toda sua equipe e seus pacientes/acompanhantes que participaram das entrevistas.

Às minhas amigas de curso, Nágila Verônica, Vanessa Pereira e Daiane Silva, pela amizade, companheirismo e incentivos dedicados.

Ao meu namorado, amigo e companheiro, Robson Pereira, a todo amor a mim demandado e à sua dedicação em me auxiliar neste trabalho.

E por fim, aos professores Jose Antônio Iturri e Priscila Ceara Almeida que colaboraram com a etapa inicial do projeto.

O amor é paciente, o amor é bondoso. Não inveja, não se vangloria, não se orgulha. Não maltrata, não procura seus interesses, não se ira facilmente, não guarda rancor. O amor não se alegra com a injustiça, mas se alegra com a verdade. Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.

Bíblia Sagrada - 1 Coríntios 13:4-7.

RESUMO

Estar saudável é, frequentemente, associado à ausência de doença, no entanto, muitas pesquisas já demonstraram que a experiência de estar com saúde não está restrita apenas a essa dimensão (HELMAN 2009, SCLiar 2007). Acredita-se que o médico, desde a sua formação acadêmica, deve ser estimulado a considerar o paciente como um ser biopsicossocial - em sua integridade física, psíquica e social. Sendo imprescindível a presença do tema relação médico-paciente durante toda a formação do profissional, bem como a inserção da abordagem interdisciplinar (CAPRARA, 2004). Com isso, se faz necessário uma interação entre os diversos setores que lidam com a saúde, incorporando também elementos das ciências humanas. Dessa forma, este trabalho buscou discutir a clínica médica, sua origem e pressupostos e observar sua transformação ao longo do tempo. Além disso, pretendeu-se observar um caso particular de clínica médica que acontece no Centro Multidisciplinar do Idoso, localizado no Hospital Universitário de Brasília, que tem como proposta a incorporação da noção ampliada de saúde, por meio de um atendimento multiprofissional. Este trabalho se formou a partir da revisão bibliográfica sobre os temas pertinente, além de uma pesquisa, desenvolvida por meio do método etnográfico, da relação médico-paciente no Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI do HUB, utilizando técnicas como a "observação participante", entrevistas estruturadas e semi-estruturadas e estudo de caso. Realizou-se entrevistas com alguns membros da equipe multiprofissional (o médico – chefe do CMI, a terapeuta ocupacional, a assistente social, o fisioterapeuta, a psicóloga social, a psicóloga neurocognitiva e a dentista) além de duas acompanhantes e dois pacientes das quais informações foram coletadas acerca da maneira como eles percebem, avaliam e participam do atendimento no CMI. E, por fim, foram realizadas a análise e discussões dos dados.

Palavras-chave: Saúde, doença, multiprofissional, clínica médica.

SUMÁRIO

1. Introdução: aproximando-se do problema.....	7
2. Referencial teórico: pensando a clínica médica na literatura	12
3. Métodos e técnicas de pesquisa.....	22
3.1 Estudo de Caso do Centro Multidisciplinar do Idoso	22
3.2 O Centro Multidisciplinar do Idoso como local de pesquisa	23
3.5 Aspectos éticos envolvidos na pesquisa	24
4. Resultados e discussão.....	25
4.1 A equipe multiprofissional e suas práticas no atendimento ao idoso	25
4.2 Noções da equipe multiprofissional sobre o envelhecimento	27
4.3 A integração da equipe no Centro Multidisciplinar do Idoso.....	31
4.4 Tentativa de quebra de hierarquização	33
4.5 Preceitos de humanização e clínica ampliada no Centro Multidisciplinar do Idoso	35
4.6 Os usuários e seus cuidadores e as percepções sobre o Centro Multidisciplinar do Idoso.....	37
4.6.1 Noções sobre corpo e processos de saúde-adoecimento.....	37
4.6.2 Percepções sobre o atendimento no Centro Multidisciplinar do Idoso	41
5. Considerações finais	43
Referências	45
Anexos	49

1. Introdução: aproximando-se do problema

Associar a saúde com a ausência de doença, à primeira vista, é uma operação usual, no entanto, muitos trabalhos já demonstraram que a experiência de estar com saúde não está restrita apenas a essa dimensão (HELMAN 2009, SCLIAR 2007). Acredita-se que esse conceito, hoje, ultrapassado, surgiu com a fundação do paradigma biomédico (BATISTELA, 2008). A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no ano de 1986, foi responsável pela redefinição e apropriação pelo Estado brasileiro de um conceito ampliado de saúde. Essa redefinição foi pautada pelo conceito de saúde, divulgado na carta de princípios, de 7 de abril de 1948, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que reconheceu o direito à saúde e a obrigação do Estado em atuar em sua promoção e proteção, definindo-a como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Assim, a partir dessa definição, os Estados deveriam pensar a saúde como o direito a uma vida plena, sem privações. A Constituição Federal de 1988 evita discutir o conceito de saúde, mas afirma, tendo como pressuposto o conceito da OMS, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido o direito mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (SCLIAR, 2007). Essa afirmação é o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde brasileiro. No entanto, observa-se que sua efetivação na clínica médica, a qual é estruturante da prática médica, ainda não foi efetivamente explorada.

Baseando-se no sentido ampliado de saúde, o direito à saúde nas leis brasileiras, passa a ser a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é o resultado das formas de organização social e de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986). Tendo em vista este conceito, é possível inferir que o ato usual do atendimento médico dificilmente incorpora essa definição ampliada. O modelo biomédico, surgido no Renascimento, no final do século XV, que organiza a medicina desde sua criação, não observava tal noção.

Na construção desse modelo biomédico, tentando romper com as antigas maneiras de conceber o organismo humano, surgiu a anatomia, que instaurou uma nova racionalidade médica, na qual a forma humana passou a ser vista como máquina, ocorrendo então uma transformação da prática clínica. O corpo humano tornou-se a sede das doenças, e as doenças, entidades patológicas. O aprendizado dessas patologias passou a ser feito em corpos mortos. Dessa forma, a saúde passou a ser vista como ausência de doenças e a cura foi definida como a eliminação dos sintomas. Desde então, esse modelo biomédico tornou-se dominante (KOIFMAN, 2001 apud LUZ, 1998), passou a pautar a clínica médica, o qual se tornou a essência da medicina. Ao longo do tempo, esse modo de conceber a doença e o adoecer influenciou a relação médico-paciente e foi acompanhado de um progressivo afastamento do médico para com o paciente.

Desde então, em sua formação acadêmica, o médico não é estimulado a considerar o paciente como um ser biopsicossocial - em sua integridade física, psíquica e social - além de não ser induzido a perceber o significado de adoecer para o doente, o que gera um distanciamento cada vez maior da percepção do médico sobre a realidade vivida pelo paciente. De acordo com Scliar (2007), a saúde e a doença não representam a mesma coisa para todas as pessoas; dependerá da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, e de concepções científicas, religiosas e filosóficas. De acordo com os preceitos legais que pautam o sistema de saúde oficial do Brasil, que visam à humanização do SUS, acredita-se que a interação médico-paciente tem efeitos positivos tanto na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, quanto na melhora do estado de saúde dos pacientes, quando esse conceito ampliado de saúde é observado, e quando o profissional de saúde está ciente dos contextos diversos dos quais vêm seus pacientes. Portanto, de acordo com alguns autores, é imprescindível que o tema relação médico-paciente esteja presente durante toda a formação do profissional, bem como a inserção da abordagem interdisciplinar (CAPRARA, 2004). Com isso, se faz necessário uma interação entre os diversos setores do setor saúde, incorporando também elementos das ciências humanas (filosofia, psicologia, sociologia e antropologia). Dentro desse contexto, as experiências que pretendem romper com tal modelo biomédico, reducionista do sujeito, devem ser levadas em consideração e analisadas.

Há movimentos recentes de médicos e gestores do SUS em transformar a clínica médica para que esta incorpore os princípios da Constituição Federal de 1988. Nesse movimento, essa clínica médica está baseada em um conceito mais abrangente de saúde, na qual o ser humano deve ser visto como um indivíduo indissociável dos fatores externos que o cercam, recebendo tratamento humanizado. Trata-se do conceito de “clínica médica ampliada”, que passou a ser uma das diretrizes da política nacional de humanização no SUS (BRASIL, 2004). Ela surge no sentido de olhar o sujeito em sua totalidade, abrangendo a família e o contexto bio-psico-social vivenciado por esse indivíduo. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela, a construção de vínculo, e a elaboração do projeto terapêutico junto ao paciente. (BRASIL, 2009). Essa nova clínica médica pretende reconstruir e reorganizar o modelo biomédico tradicional, por meio de ações que visem reforçar o compromisso médico-paciente.

O Centro Multidisciplinar do Idoso do Hospital Universitário de Brasília – CMI/HUB fundamenta suas ações em práticas ampliadas de saúde, atribuindo princípios dessa nova forma de clinicar em seus atendimentos. O CMI/HUB foi implementado como Centro de Referência em Atenção ao Idoso em 2002 (Portaria SAS/MS nº 249/2002). Os pacientes tratados no CMI são, em sua maioria, idosos com algum tipo de demência ou deficiência cognitiva. Nesse Centro, ocorre um processo chamado “acolhimento”, no qual diversos profissionais (médico, psicólogo, dentista, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, farmacêutica) se reúnem para discutir o caso do paciente, formulando, em conjunto, seu diagnóstico e o plano terapêutico adequado ao caso. Segundo o médico geriatra, chefe do CMI, a intenção desse acolhimento é fazer uma reconstrução do processo saúde-doença, com o objetivo de quebrar o paradigma do modelo biomédico de intervenção. Assim, esse trabalho busca observar esse caso particular de clínica médica que tem como proposta a incorporação da noção ampliada de saúde, além de discutir a clínica médica, sua origem e pressupostos, observando sua transformação ao longo do tempo. Dessa forma, o objetivo principal desse estudo é analisar o processo de reconstrução da clínica médica, tendo por base a experiência do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI/HUB em seus atendimentos multiprofissionais. Para isso, buscou-se entender a definição da clínica médica, além dos conceitos de saúde e doença por meio de levantamento bibliográfico. Além de conhecer a história

e o funcionamento do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI, assim como sua tentativa de reconstrução da clínica médica. Ainda foram feitas perguntas aos profissionais do CMI na tentativa de entender suas percepções sobre os procedimentos clínicos que executam e aos pacientes e/ou familiares sobre suas noções de saúde e adoecimento, e suas percepções acerca do tratamento recebido no CMI.

A temática escolhida para a construção do presente trabalho surgiu a partir de uma das visitas do denominado Estágio 2, do curso de graduação em Saúde Coletiva na época coordenado pelos professores José Antônio Iturri, Patrícia Escalda e Mariana Sodário. Uma das tarefas dessa disciplina consistiu na visita a algumas áreas do HUB, sendo uma delas o CMI. Nessa visita, esta autora e mais duas colegas, juntamente com o professor José Iturri participamos de uma reunião da equipe multiprofissional, na qual foram discutidos dois casos de pacientes com a formulação do plano interdisciplinar. Essa observação me motivou a estudar o CMI, pois, me interessei de imediato pela forma como os profissionais interagiam entre si, todos em uma mesma direção, para dar o diagnóstico e traçar o projeto terapêutico mais adequado ao paciente. Outro fato que me despertou interesse foi o modo como todo os participantes da equipe eram ativos e tinham participação e poder de decisão no conteúdo abordado, o que, pelo menos em parte, mostrou horizontalidade na hierarquia, em um contexto no qual o médico sempre foi considerado o tomador de todas as decisões e neste caso, ele era visto como um dos membros da equipe. A inserção da equipe multidisciplinar na formulação do diagnóstico e do tratamento do paciente faz toda a diferença, pois com isso se consegue uma análise do indivíduo tentando observar todas as suas peculiaridades, não focando somente na doença clínica, mas em todos os outros aspectos que totalizam o paciente. Assim, avalio como importante considerar e pesquisar essa experiência. No caso do CMI, a equipe parece seguir uma nova abordagem da medicina sobre o envelhecimento. Nesse processo, “a saúde não é mais medida pela presença ou não de doença, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional” (Ramos 2003: 793). Neste sentido, de acordo com os gerontólogos, um novo paradigma surge na observação do idoso, que é avaliar e permitir a capacidade funcional do mesmo (Moraes et al). Essa, está relacionada com a autonomia, com capacidades de executar seus próprios atos e vontades, não

importando se a pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca ou depressiva. A capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, assim, o envelhecimento saudável passa a ser observado a partir de uma interação multidimensional que engloba saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. No entanto, o bem estar na velhice seria o resultado do equilíbrio na capacidade funcional, mesmo tendo problemas em algumas dimensões. Essa abordagem não nega a debilidade biológica que acompanha o processo de envelhecimento, mas pretende fazer com que diante desse quadro, o idoso continue a ter autonomia.

2. Referencial Teórico: Pensando a clínica médica na literatura

De acordo com Rezende (1998), a clínica médica é o sustentáculo da medicina moderna ou ocidental. Ainda, segundo este autor, a palavra clínica vem do grego *klíne*, leito, cama, vinculando-a ao sujeito acamado. A palavra médico provém do latim e significa *medeor*, derivado do verbo grego, *medeo*, cuidar de. Pode-se afirmar que Hipócrates, há 2.500 anos, fez uso da observação clínica (op.cit). No entanto, de acordo com Foucault (1980), a clínica médica moderna se delineou com maior nitidez no fim do século XVIII e início do século XIX. Nesse período, aconteceu uma intensa instrumentalização do médico com a criação de tecnologias que iriam ajudar a desenhar a clínica médica. Ainda, de acordo com Foucault, ocorreu uma mudança do olhar sobre o paciente que buscava o visível, identificação do concreto, acompanhada de uma mudança, também, no discurso médico, conforme veremos a seguir.

No que se refere às tecnologias usadas pelos médicos, em 1816, Laennec criou o estetoscópio, símbolo do clínico, antes dessa tecnologia as escutas do coração e dos pulmões eram feitas encostando o ouvido no peito do paciente, o que causava alguns constrangimentos, especialmente, com as mulheres. O segundo instrumento incorporado foi o termômetro de mercúrio, inventado por Fahrenheit, em 1714. Ao final do século XV, surge o tensiômetro, aparelho de medir pressão, que é agregado ao instrumental do médico. Outros instrumentos vão sendo gradativamente incorporados à clínica médica, como o abaixador de língua, a lanterna, o martelo de reflexo, o oftalmoscópio, o rinoscópio, o otoscópio e etc (REZENDE, 1998). Nesse processo, o estudo da doença antes meramente descritivo passa a buscar a “correlação dos dados clínicos com as lesões dos órgãos, com as alterações de suas funções e com as prováveis causas das enfermidades” (op. cit: 4). Outros avanços e descobertas vão re-configurando a atuação do médico, assim, a doutrina dos quatro humores até então vigente passa a ser substituída pela patologia celular de Virchow e a descoberta dos microorganismos patogênicos com Pasteur e Koch passa a desenhar novas patologias. Outra grande inovação tecnológica foi o raio-X, que aconteceu em 1895, pelo físico alemão Roentgen. A técnica da endoscopia também se configura em uma grande inovação. Assim, ocorreu um avanço tecnológico que levou a uma transformação rápida na clínica médica, a cada ano, novas técnicas, exames,

aparelhos são agregados a este ato. Esse desenvolvimento tecnológico foi acompanhado pelo escrutínio do corpo humano e a especialização no trato do mesmo. Conforme Foucault (1980), aparece um novo perfil do perceptível e enunciável, assim, uma:

“nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (isolamento, por exemplo, do tecido, região funcional de duas dimensões, que se opõe à massa, em funcionamento, do órgão e constitui o paradoxo de uma “superfície interna”), reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (uma gramática de signos substituiu uma botânica dos sintomas), definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos (por oposição ao emaranhado das espécies nosológicas), articulação da doença com o organismo (desaparecimento das entidades mórbidas gerais que agrupavam os sintomas em uma figura lógica, em proveito de um estatuto local que situa o ser da doença, com suas causas e seus efeitos, em espaço tridimensional).” (FOUCAULT, 1980).

Também, passou a se construído um novo discurso sobre a doença e se deslocou a pergunta de “O que é que você tem?” para “Onde lhe dói?”. Acompanhando este movimento, ocorre o processo de compartimentalização do saber sobre o corpo, na qual o conhecimento sobre o corpo passou a ser subdividido entre especialistas. Várias especialidades médicas foram criadas e, como conseqüência, o clínico geral passou a ser desvalorizado. Isso também provocou uma mudança na maneira de se manter uma relação com o médico. Hoje, o paciente deve decidir que especialista procurar em busca de um diagnóstico, o que leva a algumas desorientações e equívocos (REZENDE, 1998).

Outro elemento que acompanhou essa transformação da clínica médica e teve implicações no mesmo foi o reposicionamento dos hospitais, que aconteceu com a criação da medicina social. De acordo com Foucault (1980), a medicina social surgiu quando foram elaboradas um conjunto de preocupações com a saúde da população, métodos estatísticos e censitários para medi-la e medidas de prevenção contra epidemias e outros problemas. Essa medicina não aplicava seus conhecimentos em um único indivíduo doente, mas na população como um todo e seu meio ambiente. Todas as nações do mundo têm, atualmente, atividades

voltadas para o controle e a melhoria da saúde da população cuja origem, pelo menos no mundo ocidental, encontra-se nas atividades desenvolvidas pelo que se conheceu como medicina social (FOUCAULT, 1980 e SAYD, 1998).

A medicina social se desenvolveu de modos distintos em diversos países da Europa (FOUCAULT 1980). Pode-se dizer que ela foi formada por três etapas: medicina do Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho. A medicina do Estado se desenvolveu na Alemanha no começo do século XVIII. Esse país propôs algo mais, além de estatísticas de mortalidade e natalidade, pois organizou a denominada polícia médica, em que os médicos, funcionários do Estado, tinham responsabilidades sobre uma região, onde tratavam os doentes, notificavam ao governo doenças e epidemias e organizavam o isolamento e a quarentena. Dessa forma, os dirigentes tinham melhores condições de controlar o seu território e cuidar da população. Concomitantemente, aconteceu a normatização da prática do saber médico, cabia à universidade e corporação médica decidir sobre a formação médica e como seriam atribuídos os diplomas. Assim, iniciou-se a subordinação da prática médica a um poder administrativo superior (FOUCAULT, 1980 e SAYD, 1998).

A segunda etapa da construção da medicina social é a medicina urbana, que se iniciou na França, no final do século XVIII. De acordo com Foucault (1980), a medicina urbana possui três grandes objetivos: o primeiro é a análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano; o segundo se refere ao controle e ao estabelecimento de uma boa circulação de água e de ar; e o terceiro diz respeito à organização da medicina, que passou da análise do meio para a dos efeitos do meio sobre o organismo e, finalmente, à análise do próprio organismo. A medicina urbana é uma medicina muito mais próxima das pequenas comunidades, das cidades, dos bairros, e, diferente do que ocorreu na Alemanha, ela não é dotada de nenhum instrumento específico de poder (SAYD, 1998).

A terceira etapa da medicina social pode ser definida de acordo com o exemplo inglês (FOUCAULT, 1980). A medicina da força de trabalho, que abrange os pobres e operários, foi o último foco da medicina social, ela visava, essencialmente, um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. Essa forma de medicina obteve mais êxito do que as que surgiram na Alemanha e França,

no entanto, esses três tipos de organização misturaram-se e fundiram-se nas complexas organizações de saúde da atualidade (SAYD, 1998).

Uma das consequências do movimento de organização da medicina social foi a transformação do hospital da época. Conforme analisa Foucault (1980), a ideia de juntar pessoas doentes em um mesmo local para tratá-las existiu desde a antiguidade, no mundo Ocidente. No entanto, ao longo da Idade Média, algumas condições fizeram com que a ideia de hospital próprio para doentes não se desenvolvesse. Antes do século XVIII, o hospital era, essencialmente, uma instituição de assistência aos pobres, que visa separá-los e excluí-los do resto da sociedade. Os doentes, dessa época, eram tratados de forma individual, em casa, e cada caso era considerado único. Os médicos estudavam nas universidades controladas pela igreja e depois praticavam por conta própria. Enfim, o hospital era um lugar de assistência religiosa e material, não um lugar de tratamento ou cura, sendo, portanto, eminentemente caritativo. Até meados do século XVIII, o hospital e a medicina permaneceram independentes (SAYD, 1998).

Portanto, uma série de eventos sociais foi necessária para tornar o hospital uma organização médica e para tornar a medicina predominante hospitalar (FOUCAULT, 1980). O primeiro fator de transformação foi anulação dos efeitos negativos do hospital, atuando no sentido de evitar que ele fosse fonte de mais problemas. Procurou-se também ordenar, limpar e entender a rede urbana, além de ordenar o espaço interno do hospital, como por exemplo, individualizando os leitos. Dessa forma, os internados passaram a ser identificados e ter o registro de sua vida diária escrito a beira dos leitos que se individualizavam. Começaram, também, a se fazer estatísticas hospitalares, e os doentes passaram a ser tratados com mais atenção no sentido de evitar que suas doenças se espalhassem ainda mais. Os médicos tiveram grande participação na estruturação dessas atividades, foi a eles que o Estado perguntava quais as medidas que deveriam ser tomadas. Dessa forma, a decisão política de modificar a função basicamente caritativa dos hospitais, teve como consequência a transferência do poder do pessoal religioso para o pessoal médico, assim, caberia a eles transformá-lo num lugar adequado à cura dos doentes. Todo esse movimento é chamado de processo de medicalização, onde coisas e assuntos que eram distantes passaram a fazer parte dos domínios do saber médico (SAYD, 1998).

Essas mudanças contribuíram para a constituição de um campo documental dentro do hospital, que não é somente um campo de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. Segundo Foucault (1980), o saber médico que até então estava restrito aos livros, começa a ter seu lugar no hospital, nas suas atividades cotidianas. Dessa forma, em 1790/1780 concebe-se a ideia de que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital, que além de um lugar de cura, passa a ser também um local de formação médica. Dessa forma, a clínica aparece como uma dimensão essencial do hospital e passou a significar, também, a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber (SAYD, 1998).

Mas, a palavra clínica tem também, outros significados, não se limitando só ao conceito apresentado. Conforme visto no início desta seção, a palavra vem do grego *Kliné*, significando leito ou inclinação. Outro significado agregado à palavra clínica é o da própria enfermaria, com cada uma sendo uma clínica, com seu médico-chefe, doenças de um determinado tipo e com certa autonomia para funcionar. O conceito mais difundido é o que se refere a maneira de examinar o doente, criada pela reforma hospitalar, na qual o médico reexamina o paciente todos os dias e anota o que observa. Os médicos dos séculos anteriores também examinavam os doentes, mas não de modo sistemático e exaustivo como se começou a fazer no hospital. Os casos clínicos passaram a ser comparados e estudados em conjunto. Antes da criação do hospital, nenhum médico dispunha da oportunidade de ter tantos casos simultâneos para fazê-los. Dessa forma, a prática clínica tornou-se um ritual, que foi substituto das práticas religiosas que anteriormente existiam. Esse ritual era regulamentado e previsto nos estatutos dos hospitais de forma bem detalhada (FOUCAULT, 1980 e SAYD, 1998).

Esse conhecimento que organizou as clínicas, individualizou os leitos, detalhou as observações dos pacientes e levou os estudantes para as enfermarias, não é, ainda, o atual. A medicina clínica do século XVIII é classificatória e não explicativa, ou seja, entendia-se que para se conhecer o mundo, bastava ordenar as coisas e os seres, classificando-os e arrumando-os (FOUCAULT, 1980). Pensava-se que para se chegar a conhecer realmente as doenças, era necessário descrevê-las minuciosamente para depois, classificá-la. Por meio da busca por conhecimento, já no Iluminismo, que se passaram a estudar o corpo, para assim, descrevê-lo. A

doença começou a ser vista como algo mais material, cuja existência se identificava por intermédio da descrição e classificação dos sintomas, e também pelas lesões produzidas nos órgãos no qual habitou. Esse raciocínio Iluminista presidiu às primeiras clínicas e as primeiras reformulações do ensino médico, propiciando muitos avanços nas descrições dos sintomas dos doentes. A consolidação desses conhecimentos e os debates em torno deles tiveram como um de seus discípulos, o anatomista e fisiologista Marie François Xavier Bichat (1771-1802), que revolucionou o panorama médico. Para ele, o olhar médico deveria penetrar no corpo, não olhando apenas o visível imediato. Esse movimento de Bichat é exatamente o que a medicina clínica tenta realizar ao examinar o doente: enxergar o invisível a partir dos sintomas visíveis. Desde então, a medicina se caracteriza por essa capacidade médica de examinar o exterior do doente e saber o que se passa no interior do seu corpo (SAYD, 1998). Para tanto, a instrumentalização do médico e a criação de tecnologias, permitiram redirecionar o seu olhar, estabelecer o visível por meio dos exames.

Todo o histórico descrito anteriormente influenciou e ainda influencia diretamente na forma como o profissional médico se relaciona com seus pacientes e criou novos discursos sobre a doença. No processo de educação médica, é feita uma espécie de *aculturação*, no qual gradualmente, os estudantes adquirem uma perspectiva sobre a saúde, que irá continuar com ele durante toda a sua vida profissional (HELMAN, 2003). Desde a antiguidade, a maior preocupação da medicina tem sido tratar a doença, melhorar o bem-estar e aliviar o sofrimento e a dor dos seres humanos utilizando todos os meios possíveis à sua disposição. Enfim, o modelo da medicina moderna está orientado principalmente para a descoberta e quantificação da informação físico-química sobre o paciente, e não para fatores sociais e emocionais, culturais, entre outros. Isso significa que o médico, quando confrontado com os sintomas de um paciente, tenta, antes de qualquer coisa, relacioná-los a algum processo biológico. Além disso, cada vez mais a medicina moderna baseia-se na tecnologia diagnóstica para coletar e medir os fatos clínicos, o que implica numa mudança nas formas subjetivas para as formas objetivas de diagnóstico. Um resultado disso é o crescente uso de definições numéricas de saúde e doença, em que a saúde ou normalidade é definida em relação a

parâmetros físicos e bioquímicos e a doença é vista como um desvio desses valores normais (HELMAN, 2003).

De acordo com Helman (2003), essas alterações anormais, as doenças, são vistas como uma “entidade” com “personalidade” própria. A personalidade de cada doença é construída por uma causa característica, um quadro clínico, o resultado das investigações hospitalares, uma história natural, um prognóstico e um tratamento apropriado. Nota-se que a medicina concentra-se mais nas dimensões físicas da doença, não dando a devida importância a fatores como crenças religiosas, cultura e status socioeconômicos. Esse fato faz com que a medicina moderna possua uma abordagem bastante reducionista, no qual, muitas vezes, seu foco principal é um órgão doente particular, ou um sistema, grupo de células ou região dentro do corpo. Essa medicina concentra-se, geralmente, em um indivíduo isoladamente, deixando de lado sua família, comunidade ou a sociedade de forma geral. Além disso, os médicos da atualidade estão diagnosticando e tratando de somente uma parte do corpo humano, o que leva o profissional a saber cada vez mais sobre menos. O modo como cada profissional médico atua não deve ser visto como algo homogêneo e consistente, ele está sempre ligado à cultura, variando muito de acordo com o contexto em que ele ocorre. Os diferentes modelos usados por clínicos nas diversas especialidades também significam que eles podem perceber e diagnosticar a doença de formas muito diferentes. Isso mostra que os médicos também são parte da sociedade, eles carregam consigo um conjunto de ideias e experiências herdadas, o que influenciará seu comportamento na clínica médica (HELMAN, 2003).

A perspectiva do paciente sobre os problemas de saúde também deve ser considerada na clínica médica. No entanto, a formação do médico está pautada em um desenvolvimento de tecnologias que permite ter a visibilidade sobre o corpo doente, mas essas não foram acompanhadas por outras ferramentas e instrumentos para a análise do processo de adoecimento. De acordo com Helman (2003), é sabido que tanto os sintomas quanto sua resposta emocional são influenciados pela origem, personalidade, contexto cultural, social e econômico de cada paciente. A mesma doença ou o mesmo sintoma podem ser interpretados de formas diversos por indivíduos de diferentes culturas ou origens sociais e em diferentes contextos. Isso também afetará os seus comportamentos subsequentes e os tipos de

tratamento que irão buscar. Para a maioria das pessoas, a saúde é vista como bem mais do que a ausência de sintomas físicos desagradáveis. Ela é vista de forma multidimensional, na qual se inclui saúde física, psicológica, social e espiritual. Uma pessoa é definida como doente quando há concordância entre suas percepções de redução de bem estar e as percepções daqueles que a cercam, dessa forma, adoecer é um processo social, que envolve outras pessoas além do paciente. Isso deve ser levado em consideração ainda mais porque com a especialização crescente da medicina, o paciente é que passa decidir, buscar, traçar o seu itinerário terapêutico, supondo o melhor especialista, seguindo seus sentidos sobre a experiência do adoecimento (HELMAN, 2003).

Muitas vezes, a escassa disponibilidade de cuidados médicos e a impossibilidade de pagar pelos cuidados existentes, são cruciais para determinar se as pessoas irão procurar um médico ou não. Outra série de fatores influencia a iniciativa das pessoas doentes ou de suas famílias de buscar ajuda médica. Esses fatores também interferem na forma como essa doença é apresentada na consulta médico-paciente. O paciente ao apresentar a doença ao médico utiliza a *linguagem de sofrimento*. De acordo com Helman (2003), um clínico deve ser capaz de decodificar essa linguagem, que pode ser verbal ou não verbal, caso contrário, corre o risco de fazer o diagnóstico errado e indicar um tipo de tratamento inadequado. Nessa consulta clínica ocorre uma transação entre duas partes separadas por diferenças de poder social (idade, etnia, classe social ou gênero), essas diferenças se constituem em uma influência crucial em qualquer consulta. Para que a consulta tenha êxito deve haver uma espécie de consenso entre as duas partes sobre causa, diagnóstico, processos fisiológicos, prognóstico e tratamento ideal, que devem fazer sentido para o paciente. Mesmo havendo esse consenso, é preciso que o médico não focalize apenas o paciente como ser individual, ele deve levar em consideração aspectos familiares, sociais, psicológicos e morais. Além de reconhecer e respeitar a experiência e a interpretação do paciente sobre sua própria condição. Dessa forma, é indispensável que haja uma boa comunicação entre médico e paciente. No entanto, ela não garante, por si só, bons cuidados médicos, é necessário que haja um sentido ampliado de reflexividade por parte do médico, o clínico deverá sempre refletir sobre o papel de sua própria origem social e pessoal. Os médicos não são apenas produtos padronizados de suas faculdades de medicina e sua perspectiva

sobre a doença. Suas percepções são pessoais, culturais e profissionais, e esses profissionais devem estar cientes sobre isso, no entanto, o que se observa na clínica médica é o profissional se prendendo cada vez mais no uso de tecnologias especializadas e um descaso em aprimorar técnicas que lhe permitam dialogar e alcançar todo outro entendimento sobre o sofrimento que está diante de si. (HELMAN, 2003)

No Brasil contemporâneo, há um desafio nas políticas de saúde de impor técnicas e habilidades na clínica médica que possam aprimorar o olhar do médico com relação ao seu paciente. Essas políticas estão pautadas na idéia de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). O conceito de “clínica médica ampliada” surge como uma dessas tentativas de modificar e “humanizar” a clínica médica ou a relação médico-paciente. Tem como pressuposto de que a clínica precisa ser muito mais do que a prescrição de um remédio ou solicitação de um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença, pois as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Desse modo, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), a “clínica ampliada” define-se por:

“(...) ter um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade; reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas; e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; e assumir um compromisso ético profundo. Essa proposta pretende ir contra ao ato de reduzir os usuários à doença, para não ser cúmplice ou reforçar discriminações raciais ou desigualdades sociais ainda existentes. Deve-se levar em consideração que em muitas situações, o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e injustiça social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).”

Esta monografia discute uma proposta inovadora, nos moldes da clínica médica ampliada, que acontece no Hospital Universitário da Brasília no Centro Multidisciplinar do Idoso. Pretende compreender a clínica médica e suas representações a partir do ponto de vista dos profissionais de saúde e pacientes, e,

consequentemente, fazer uma reflexão sobre a maneira como a relação médico-paciente está sendo vivenciada neste caso específico. Sabendo da existência de um distanciamento e de uma relação de poder do médico nessa relação, que não considera o paciente em sua totalidade, o que leva muitos pacientes a não aderirem a determinados tratamentos, este estudo busca discutir a contribuição de ações inovadoras que visam reverter essa situação.

3. Métodos e Técnicas da pesquisa

Este trabalho se subdivide em três etapas. Na primeira etapa foi feita uma revisão bibliográfica e análise sobre os temas: clínica médica e relação médico-paciente. No segundo momento foi realizado o trabalho de campo no Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI do Hospital Universitário de Brasília - HUB, onde foi utilizado o método etnográfico e o estudo de caso. E a terceira etapa consiste na análise dos dados e escrita do trabalho.

3.1 Estudo de caso do Centro Multidisciplinar do Idoso

As ações desencadeadas no CMI foram analisadas como um estudo de caso, que, nos termos de Goldenberg (1997), se refere a uma análise holística, a mais completa possível. O estudo de caso tornou-se uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa em ciências sociais. Esse termo se refere a uma análise detalhada de um caso individual que considera a unidade social estudada como um todo com o objetivo de compreendê-la em seus próprios termos. O estudo de caso reúne o maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de pesquisa, não sendo possível formular regras precisas sobre essas técnicas, pois, cada entrevista ou observação é única: depende do tema, pesquisador ou de seus pesquisados. Ainda segundo Godenberg (1997):

“Através de um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado, o estudo de caso possibilita a penetração na realidade social, não conseguida pela análise estatística.”
(GODENBERG, 1997)

Utilizou-se também nessa pesquisa, o método etnográfico, na tentativa de realizar uma “descrição densa” (GEERTZ, 1989) da relação médico-paciente. A palavra *ethno* significa povo, determinado coletivo ou grupo social, e *grafia* significa descrição, portanto, a etnografia pretende descrever/estudar minuciosamente um coletivo. As pesquisas feitas por esse método são designadas como qualitativas.

Para efetivar tal método, foram utilizadas como técnicas de pesquisa a “observação participante” e entrevistas estruturadas e semi-estruturadas. Por meio da observação participante, houve o acompanhamento de consultas médicas e da

reunião da equipe multiprofissional. Realizaram-se entrevistas com alguns dos membros da equipe multiprofissional, o médico geriatra e também chefe da equipe, a terapeuta ocupacional, a assistente social, o fisioterapeuta, a psicóloga social, a psicóloga neurocognitiva, e a dentista. Não foi possível entrevistar a farmacêutica por questões de disponibilidade de tempo da profissional. Também foram entrevistados dois acompanhantes e dois pacientes para coleta de informações acerca da maneira como percebem, avaliam e participam do atendimento no CMI. Esses acompanhantes foram abordados no CMI/HUB e a entrevista ocorreu no mesmo local. A terceira etapa do trabalho se constituiu da análise dos dados e escrita do trabalho.

3.2 O Centro Multidisciplinar do Idoso como local de pesquisa

Em fevereiro de 2006, o Pacto pela Vida estabeleceu um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados entre as três esferas de governo, entre as quais se encontra o atendimento à população idosa como uma das seis prioridades. Foram apresentadas ações que impulsionaram a reformulação da Política Nacional de Saúde do Idoso para a então Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A partir disto foi revista a Portaria nº 702/02/GM para que se adequasse às novas diretrizes dessa Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b).

Assim, para o cumprimento das diretrizes da referida política e da Portaria nº 702/02, foi criado no Distrito Federal em 2002, o Centro de Medicina do Idoso – CMI, no Hospital Universitário de Brasília – HUB, na época cadastrado como sendo o Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, entretanto, somente em 2010 por meio da Portaria nº181, emitida pela SES/DF, é que o Centro passa a ser unificado com a SES, compondo assim uma rede.

O CMI atua como um serviço ambulatorial especializado que presta assistência médica na área de geriatria e desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão. Tem como foco o atendimento a pacientes idosos com problemas de demência, principalmente a Doença de Alzheimer, sendo considerado um Centro de Referência Especializada nesses casos. O CMI não exclui os serviços de geriatria

geral. O atendimento é feito por uma equipe multiprofissional – contando com profissionais voluntários (maioria), residentes de medicina, contratados da Fundação Universidade de Brasília e estagiários - das áreas de medicina, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, educação física, serviço social e farmácia. A instalação física conta com sala da odontologia, uma para serviço social e terapia ocupacional, psicologia, educação física (com equipamento muscular), coordenação, auditório, sala de atividades para os pacientes, fisioterapia, farmácia, copa e quatro consultórios.

No ano de 2012, o CMI, procurando demonstrar a importância da questão multidisciplinar, mudou seu nome passando de Centro de Medicina do Idoso, para, Centro Multidisciplinar do Idoso, em comemoração aos seus 10 anos de existência.

3.3 Aspectos éticos envolvidos na pesquisa

Todas as pesquisas que envolvam seres humanos devem ser analisadas por Comitês de Ética (CEP) para que sejam aplicadas, para que os direitos e a integridade dos sujeitos da pesquisa sejam resguardados. Essa pesquisa envolveu coleta de dados com seres humanos dentro do espaço hospitalar, dessa forma necessitou da apreciação ética, daí foi submetido e apreciado pelo Comitê do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. Foram realizadas entrevistas com idosos, que estivessem apto mentalmente, ou, caso não estivesse, com seus acompanhantes. Esses idosos são pacientes do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI/HUB e os acompanhantes geralmente são familiares próximos, como filhos e netos. Essa pesquisa também realizou entrevistas com os profissionais de saúde do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI/HUB. Dessa forma, foi preciso que este trabalho fosse apreciado pela Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa – DAEP do HUB/UNB, onde o diretor do HUB assinou e carimbou o termo de ciência da instituição (HUB). Além de ser submetido ao Comitê de ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – UNB (ver parecer em anexo).

4. Resultados e Discussões

4.1. A equipe multiprofissional e suas práticas no atendimento ao idoso

Atualmente, o CMI atende cerca de 1.500 pacientes por ano, com um atendimento que vai além da consulta médica, envolvendo no tratamento, diversos outros profissionais da área da saúde e afins. No momento, devido à falta de profissionais, o CMI prioriza o atendimento a idosos com alguma deficiência cognitiva ou doença de Alzheimer. Esses pacientes passam por uma série de procedimentos até chegar ao tratamento multiprofissional. O médico-chefe do CMI, detalha esse fluxo interno:

“(....) o paciente para chegar aqui ele tem que vir encaminhado por um médico. Então tem uma ficha própria do centro multidisciplinar que é fornecida para o paciente, para o familiar, essa ficha é preenchida, e então, num primeiro momento, um dos colegas do centro faz uma pré-seleção das fichas, classificando aquelas que nós vamos atender na chamada triagem, (por ordem de chegada as fichas) e normalmente são selecionados esses pacientes que realmente revelem déficit cognitivo, os que não tem déficit cognitivo são levados para serem atendidos na geriatria geral, que no momento não está tendo vaga. Então, nós chamamos os pacientes com déficit cognitivo, pelo que está relatado nessa ficha, depois esse paciente passa por uma triagem, essa triagem é uma consulta rápida feita pelo médico geriatra. Só pelo médico geriatra naquele momento, o residente junto com o preceptor. Se for identificado que o paciente vai ficar no serviço, se ele preenche os critérios mínimos de ter déficit cognitivo realmente, é que o serviço vai oferecer diferença na vida desse paciente que é outra coisa importante, e se a condição social favoreça para ele continuar o acompanhamento, não faz sentido ele não ficar aqui. Agora, por exemplo, nós podemos até fazer o atendimento, mas dá continuidade para um paciente que mora longe, que não virá aqui frequentemente, fica complicado. Então, na triagem se identificou isso, aí passa de uma triagem de cinco minutos para uma avaliação geriátrica objetiva onde o residente vai gastar em torno de uma hora, aí já faz uma consulta médica com solicitação de exame para o diagnóstico diferencial das demências. O retorno dessa consulta vai ser na sexta - feira pela manhã, que é o chamado acolhimento. No acolhimento quem conduz sou eu. Esse paciente chega então para o retorno de uma consulta médica com os resultados de exames e para a avaliação da equipe multidisciplinar. Então

nessa equipe, ele vai passar por assistente social, terapia ocupacional, farmácia, odontologia, avaliação neuropsicológica, psicologia de família, fisioterapia e após a avaliação desses vários profissionais de saúde com o paciente e o familiar. Se o paciente chegar aqui sozinho ou chegar com uma pessoa acompanhando que não saiba, não conviva com o paciente, tendo em vista que esse paciente tem déficit cognitivo, então ele não vai poder falar por si, então infelizmente a gente não faz a abordagem porque nós não teríamos como fazer as consultas que precisam ser feitas. Nós traçamos um plano terapêutico interdisciplinar, que é a discussão desses vários profissionais pra decidir o que vai ser feito com aquele paciente, em qual ambulatório que ele vai ser abordado, se ele vai ser contra referenciado para o seu local de origem ou se ele vai ficar no serviço e quais são as modalidades que vão ser oferecidas para ele.”

O paciente, quando capaz de agir por si, tem toda a autonomia na decisão acerca do tratamento oferecido, no entanto, caso ele esteja mentalmente comprometido, a família ou responsável ocupa esse dever. De acordo com Moraes (2008), o binômio idoso-família nas práticas geriátricas é indissociável. Esse mesmo autor afirma que a avaliação geriátrica é um processo diagnóstico multidimensional, envolvendo além do idoso, sua família e comunidade a qual ele pertence.

O Centro Multidisciplinar do Idoso baseia suas práticas nos princípios da abordagem geriátrica e gerontológica. Desta forma eles buscam fazer uma avaliação do indivíduo, quantificando seu grau de comprometimento funcional global, identificando as enfermidades e avaliando rotineiramente a dimensão familiar e social. Essa avaliação visa enxergar os problemas biopsicossociais trazidos pelo paciente e sua família, criando um plano terapêutico capaz de recuperar ou manter a autonomia e independência do idoso. (MORAES, 2008). Essa abordagem é a mudança de paradigma no atendimento ao idoso, de acordo com Ramos (2003). Segundo o médico-chefe do CMI:

“(…) a única contraindicação absoluta pra gente impor qualquer tipo de tratamento pra o paciente é a negativa dele, ou do acompanhante. Então é assim, ele tem todo poder sobre o tratamento que ele vai receber, a questão é que se nós estamos lidando com a pessoa que tem um déficit cognitivo e tem uma perda de autonomia, de capacidade de decisão, muitas vezes nós temos que envolver a família nesse plano

terapêutico que vai muito além de dar o remédio. Então, vamos dizer assim, a família representando o paciente, com o paciente eles constroem juntos o que vai ser feito em prol do paciente aqui no centro multidisciplinar.”

Essas práticas de atendimento no CMI revelam a incorporação de um outro olhar sobre a importância em avaliar a capacidade funcional dos sujeitos e a possibilidade de ter bem estar com autonomia (Ramos, 2003). Desse modo, neste local os pacientes são visto de uma forma completa, sem ser rotulado pela enfermidade, mas visto como indivíduos complexos e cheio de peculiaridades, capaz de viver e controlar suas enfermidades.

Pensando nesse modo de olhar o sujeito em sua totalidade, cabe retratar um caso presenciado no “acolhimento”. Uma senhora com doença de Alzheimer estava tendo crises e a equipe multiprofissional buscou entender a motivação da mesma. Concluíram que o causador desse agravo era o próprio marido, que enciumado com o tratamento diferenciado dado aos filhos para a sua a esposa, tinha atitudes agressivas com a mesma, o que piorava seu estado de saúde. Para amenizar esse caso, a equipe multidisciplinar resolveu incluir o marido no tratamento, em conjunto com a sua esposa. Assim, infere-se que a equipe agiu de forma integrada para resolver esse caso, observando não só a doença da paciente, mas todos os fatores que a cercam.

4.2. Equipe multiprofissional e suas noções sobre o envelhecimento.

De acordo com os princípios básicos de geriatria e gerontologia, a presença de polipatologia e os níveis múltiplos de intervenção, a necessidade de avaliação ambiental, psicossocial e familiar, fazem da geriatria uma especialidade única. Dessa forma, as habilidades exigidas são inúmeras e impossíveis de serem contempladas integralmente por uma única especialidade. Daí surge a importância do trabalho multidisciplinar, sendo a relação médico-equipe interdisciplinar indissociável (MORAES, 2008). Seguindo essa orientação da gerontologia, a equipe do CMI é composta por diversos profissionais, alguns deles trabalham como voluntários, outros são contratados. Para os propósitos desta pesquisa, foram

entrevistados todos os profissionais, com exceção da farmacêutica por questões de falta de agenda. Os membros da equipe são:

- Médico – chefe: chefe do serviço, coordena as reuniões multidisciplinares, dirige o ambulatório de geriatria geral e o ambulatório da equipe multidisciplinar. Orienta os atendimentos, conduz as reuniões multidisciplinares e ministra aulas. Ele já trabalhou na urgência do Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, na urgência do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, foi preceptor de geriatria na UFMG e geriatra da Secretaria de Saúde do DF.
- Dentista: atua na vertente assistencial fazendo no paciente exame físico, extra bucal, intra bucal, identifica produtos de lesões bucais, trata lesões bucais, identifica, também, necessidades de tratamentos odontológico. Atua na vertente de pesquisa. É professora da UnB, orientadora e coordenadora de projetos de extensão e orientadora de trabalhos de iniciação científica. Essa profissional também já atuou na prefeitura do interior do estado de São Paulo.
- Psicóloga da família: estagiária técnica, contratada pela UnB, faz atendimento na parte da psicologia clínica, trabalhando tanto com grupos, como em atendimentos individuais, realiza psicoterapias em grupo, algumas individuais e participa das outras atividades da equipe, como, por exemplo, a visita domiciliar da psicologia clínica e o acolhimento. Já fez estágio com crianças no Hospital Regional da Asa Sul- HRAS.
- Assistente social: trabalha com a equipe da psicologia e terapia ocupacional nos atendimentos, principalmente aos familiares. Faz também atendimento domiciliar aos pacientes que estão com casos mais graves e atendimento em grupo socioeducativo. Ela já passou por várias outras áreas do HUB. Está no CMI desde 2009. De acordo com ela: “(...) a gente ouve as dificuldades dos familiares e tenta dar as orientações mais pertinentes para todos saberem lidar no dia a dia com o seu familiar idoso”.

- Neuropsicóloga: faz avaliações neuropsicológicas. Essas avaliações consistem em testes aplicados aos idosos, cujos resultados desses testes vão ajudar no diagnóstico médico pra saber se o idoso tem demência ou não. Concomitante ao trabalho no CMI (que é voluntário), ela também exerce a profissão em um consultório particular.
- Fisioterapeuta: faz assistência ambulatorial, avalia e indica órteses/próteses, promove educação funcional para pacientes e familiares/cuidadores. Ele já trabalhou em hospitais públicos e privados, na grande parte atuando em ambiente de UTI, monitorando e cuidando da função respiratória e músculo-esquelética dos pacientes.
- Terapeuta ocupacional: realiza atendimentos, principalmente a familiares. Ela já atuou em outras Universidades Federais na área de reabilitação motora.

Apesar dos profissionais atuarem no mesmo local, lidando com o mesmo público, existe uma diferença de concepção sobre o envelhecimento. Alguns encaram esse processo como sinônimo de experiência, conhecimento, já outros consideram a fragilidade, as perdas e as doenças.

Essa segunda abordagem vai de encontro aos propósitos do novo olhar da geriatria que reconhece as limitações do corpo do idoso, considerando a possibilidade do indivíduo de viver e ter autonomia, mesmo com alguma enfermidade. Esta, não deve ser encarada como um aspecto negativo. Segundo Mendes, no envelhecimento ocorrem processos que influenciam na diminuição gradativa da possibilidade de sobrevivência, acompanhada por alterações na aparência e comportamento, assim como nas experiências vividas e nos papéis sociais (MENDES, 2005).

Diante disso, a autora entende o envelhecimento como parte integrante e fundamental no curso de vida de todos os indivíduos. Para ela, é nessa fase que emergem experiências e características próprias e peculiares, advindas da trajetória de vida que integram a formação do indivíduo idoso. Afirma ainda que as imposições

de padrões estéticos de produtividade e de socialização apontam para a exclusão do idoso (MENDES, 2005).

Os autores Sanchez (2000) e Novaes (1995), analisam o idoso no sentido das perdas que essa fase da vida proporciona, segundo eles a perda do papel profissional, a perda de amigos, a perda de familiares, as transformações físicas e hormonais além do comprometimento das condições de saúde, são eventos que vão surgindo de forma gradativa e são capazes de alterar a trajetória de vida da pessoa idosa, levando-a à dependência e à perda de autonomia. No entanto, esse corpo biológico que inevitavelmente sofre com o envelhecimento deve ser empoderado com a busca da autonomia e da capacidade funcional do sujeito.

O médico-chefe do CMI possui uma visão mais biológica dos idosos, enfatizando a enfermidade e os diversos tipos que podem ser desenvolvidos e o uso de medicamentos. Em suma, há uma ênfase na transformação biológica, no corpo que envelhece:

“(...) é uma população altamente heterogênea que tem graus variados de necessidades e que normalmente tem múltiplas enfermidades com o uso de múltiplos medicamentos (...).”

A psicóloga da família tem um “olhar” holístico, voltado para o cuidado com esse público, segundo ela:

“(...) precisa muito dessa atenção geral, para você atender bem o idoso, para você conseguir intervir e ajudar a pessoa idosa você tem que olhar muito mais do que a parte física, olhar a parte psicológica, social, tem que olhar o conjunto, o idoso é muito isso, você tentar resgatar esse conjunto.”

Percebe-se que a assistente social possui uma visão positiva desse público, considerando suas contribuições:

“Aqui no ocidente a gente não costuma ver, assim com mais respeito pela experiência, pela história de vida, mas idoso representa muito isso, história de vida, experiência, tem muita coisa para contar, muita coisa para passar que eu acho que todo jovem e adulto deveria passar por um ambulatório de geriatria, especialmente nos grupos para ver as histórias vividas das pessoas e tomar como exemplo. (...) então idoso pra mim representa tudo isso, a experiência vivida mesmo.”

Contrapondo essa concepção, a neuropsicóloga considera apenas o lado negativo dessa fase da vida:

“Com o passar do tempo, com a idade que chega para todo mundo a tendência é perder, a gente vivencia perdas e perdas, tanto perdas físicas de saúde, e como também perdas materiais, a gente começa a perder pessoas, emprego, a independência, autonomia, perde muita coisa e eu acho que o idoso se fragiliza muito com isso, pela vivência dessas perdas, não só as perdas físicas, como essas outras perdas.”

O interessante nessas falas é revelador da formação profissional dos sujeitos e como seus olhares sobre o envelhecimento, obviamente, focam no objeto primordial de seus estudos. A assistente social, por exemplo, demonstra em sua fala o olhar “social” adquirido em sua formação. Já nos dizeres do médico, se evidencia os fatores biológicos. Conforme visto anteriormente, na formação médica o corpo biológico é o elemento principal a ser considerado. Mesmo na transformação de paradigma da clínica médica e de sua incorporação, foi observado que o médico, restringe seu olhar para o biológico do sujeito.

De acordo com Helman (2003), a formação do médico está pautada em um desenvolvimento de tecnologias que permite ter a visibilidade sobre o corpo doente, mas essas não foram acompanhadas por outras ferramentas e instrumentos para a análise do processo de adoecimento. Assim, o olhar duro da formação sobressai.

4.3. A integração da equipe no Centro Multidisciplinar do Idoso.

Segundo Galván (2007), o aumento de especialidades e sub - especialidades médicas geram a fragmentação disciplinar. Essa subdivisão do saber é resultante do aprofundamento e aperfeiçoamento em determinado assunto. Esse fato traz benefícios no sentido de se considerar a aprendizagem e o desenvolvimento em cada campo de conhecimento. No entanto, essa especialização muito focada traz prejuízo devido a perda da noção do funcionamento global, o autor afirma que:

“(...) é preciso reconhecer que a soma das partes é diferente do todo e que o organismo é um indivíduo, cuja dinâmica é extremamente complexa, justamente por ser indivisível.” (Gálvan, 2007).

Segundo Galván, a nomeação de vários profissionais para compor uma equipe não a torna multi, inter ou transdisciplinar, nem chega a torná-la equipe. Esses profissionais devem ter objetivos em comum, partilhados e alinhados. Outro aspecto que deve ser observado é o surgimento de questões relativas à dinâmica do grupo, às relações interpessoais, tanto de trabalho quanto de status, as relações de poder, competição e afeto. (Gálvan, 2007).

Diante dessas considerações, foi observada, além da integração da equipe no atendimento, que todos os profissionais, sem exceção, se sentem muito bem integrados à equipe, além de terem um ótimo relacionamento, tanto profissional quanto pessoal. Essa interação é visível através das observações realizadas, e nas falas dos próprios profissionais.

A dentista enfatiza a integração existente no CMI, ela diz:

“(...) a minha relação, eu entendo como uma integração, eu acho que a gente soma muito uns com os outros né, eu aprendo muito com eles, eles aprendem conosco, gosto extremamente de trabalhar aqui, é prazeroso pra mim, eu sinto que eu aprendo, eu ensino. A gente consegue contribuir pra melhora na qualidade de vida dos pacientes, considerando todas as situações que nós trabalhamos aqui.”

Para o médico-chefe do CMI, sua relação e o seu papel na equipe é:

“(...) conduzir esse atendimento, para que nós tenhamos, não só o atendimento de várias áreas da saúde, mas que tenhamos a discussão de forma a promover a interdisciplinaridade e fazer o atendimento que possa responder adequadamente as necessidades do idoso a partir dessa avaliação interdisciplinar e dessa discussão de caso com todos os atores de avaliação do paciente e propor um plano terapêutico que possa realmente atender as necessidades do paciente e da família do ponto de vista de saúde e social.”

A psicóloga da família demonstra seu afeto à equipe, afirmando:

“Eu gosto muito da equipe, na verdade eu tenho uma boa relação com a maioria dos profissionais da equipe e eu acho que profissionalmente eu acabei me tornando a psicóloga que eu sou hoje em dia, acho que tudo eu aprendi aqui com cada profissional que eu acompanho. Eu gosto muito de acompanhar o atendimento dos outros profissionais. Eu acho

que o que eu sei eu devo tudo a equipe multiprofissional, não só ao médico ou a minha supervisora, mas toda a equipe.”

Para a assistente social:

“A relação é muito boa porque a gente troca ideias, troca informações, consegue sentar para conversar, para dar o melhor encaminhamento para o paciente e para o familiar (...)”

Ela ainda salienta os limites das profissões, afirmando:

“ (...) chega uma hora que a equipe médica tem determinados limites e a gente tenta, como assistente social, levar as orientações médicas para o familiar, mas também tem o nosso limite do serviço social. Então quando é uma coisa assim mais emocional, dificuldades de lidar com aquela situação da doença, principalmente quando o paciente é o pai ou a mãe. Daí a gente corre e chama a psicologia, então assim, o papel é bem integrado mesmo na equipe trabalhando em conjunto.”

A neuropsicóloga enfatiza sua relação positiva com a equipe, dizendo:

“(...) eu me dou bem com todos eles, na relação profissional todo mundo se respeita muito aqui, todo mundo tem muita consideração e respeito pelo trabalho do outro e a nível pessoal é super tranquilo, conheço poucas pessoas de conversar, mas sou bem acolhida.”

É visível que os profissionais demonstram afetividade e gratidão á equipe. É de extrema importância que haja essa sintonia no grupo para que os processos de trabalho sejam realizados com maior dedicação e empenho. Cada profissional ajudando e sendo ajudado, numa relação mútua de respeito e colaboração.

4.4 Tentativa de quebra de hierarquização

A hierarquização do médico sob os demais profissionais do setor saúde surge desde quando a medicina é legitimada como saber e ciência, isso assegurava aos médicos primazia em relação aos outros inúmeros curadores. Com isso o hospital, devido a grande concentração de doentes e pela possibilidade de realizar autópsias, passa a ser o centro do saber, local de pesquisa e ensino médico (Foucault, 1980).

Essa hierarquização médica é vista na maioria dos serviços hospitalares, até mesmo no CMI, no qual o cargo de chefia é ocupado por um médico. Também,

ainda há traços dessa hierarquia na triagem e encaminhamento para a equipe, que é feita por um médico-residente que solicita os exames e encaminha o sujeito para a equipe. No entanto, se percebe uma tentativa de diminuir essa verticalidade do saber médico por meio da integração da equipe multidisciplinar e participação de todos os profissionais nas discussões dos casos, de modo que seus pontos de vistas e saberes são considerados. Esse sentimento de que cada profissional possui um papel importante dentro da equipe e que todos possuem voz ativa nas discussões acerca do diagnóstico dos pacientes é visível na fala dos entrevistados.

A dentista confirma essa observação:

“(...) eu me vejo participante da equipe, e ativa (...)” “(...) tem essa abertura, eu acho fantástico o trabalho que é desenvolvido aqui, eu sinto que a equipe me ouve, sabe, eu sinto, assim, recebida por eles, acolhida, sinto que as nossas opiniões, que o nosso papel aqui é um papel importante.”

O médico, no seu papel de chefe da equipe, mas buscando a integração, afirma:

“Eu procuro cumprir o meu papel de fazer esse catalizador das coisas, de unir as informações para que a gente realmente consiga ter a interdisciplinaridade, então assim, meio que o meu papel é meio que conduzir isso, meio que reunir essas pessoas, e fazer com que isso aconteça. Eu dirijo a reunião que faz a discussão interdisciplinar. Então justamente meu papel é o de fio condutor para que isso aconteça mesmo.”

Na percepção da psicóloga da família:

“Olha hoje em dia eu acho que eu estou mais atuante, mais participativa. No início a gente chega, ainda está conhecendo e ainda era aluna, mais agora eu acho que eu estou mais participativa, eu acho que eu estou colaborando para o trabalho da equipe como um todo.”

A neuropsicóloga faz o seu discurso destacando a atuação médica:

“A gente tem geralmente aquele pensamento que o médico que tem voz maior, mais isso se surpreende muito aqui porque os médicos são muito de escutar a opinião dos outros profissionais. Por ser uma equipe multidisciplinar todos os profissionais são muito bem respeitados aqui.”

O fisioterapeuta é conciso em sua fala:

“É o local mais agradável que já trabalhei, de maior interação e maior igualdade entre os membros da equipe. Isso resulta num cuidado diversificado e amplo ao paciente, o que fortalece ainda mais o CMI como referência á saúde da pessoa idosa.”

Em relação á equipe multiprofissional, a assistente social faz recomendações:

“Como eu falei, faz a diferença, é bem importante, eu acho que todos os ambulatorio que puderem se organizar para isso e agora que a gente tá em tempo de residência multiprofissional, está tendo residência em outras áreas inclusive nos serviço social é muito importante, você saber trabalhar em equipe, faz diferença na qualidade do seu atendimento.”

Mesmo com a percepção de que o saber médico é o único “dotado de poder de cura”, é visto que cada profissional da equipe tem muita importância dentro do grupo, sendo que é essa integração que se torna capaz de contribuir para sanar ou amenizar as enfermidades. É possível inferir que sem esses demais profissionais, não seria capaz de se realizar um atendimento tão eficiente nesses pacientes.

4.5 Preceitos de humanização e clínica ampliada no Centro Multidisciplinar do Idoso

A Humanização, sendo uma política do Sistema Único de Saúde, é vista como uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. A humanização da clínica depende de uma reforma da tradição médica. Uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. O autor ainda salienta que para que haja essa reforma é preciso facilitar a construção de vínculos entre equipes (CAMPOS, 2005).

Para Benevides (2005) humanizar é um meio para a qualificação das práticas de saúde, por meio do acesso com acolhimento; atenção integral com responsabilização e vínculo; valorização dos profissionais e pacientes, com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo (BENEVIDES, 2005).

Essa reforma acima citada é vista nas práticas do CMI, por meio do modo como os profissionais se interagem para solucionar as problemáticas dos pacientes, na integração desses pacientes e de seus familiares nos tratamentos, na abordagem multidimensional e na inserção da interdisciplinaridade.

É possível identificar claramente que o CMI busca colocar em prática os conceitos de humanização, no entanto, o médico-chefe enfatiza que não segue a política de humanização do SUS, afirmando que esses preceitos de humanização praticado, não tem relação com a política, mas com os princípios da geriatria e da gerontologia.

O médico-chefe faz uma crítica ao conceito de humanização e afirma praticar seus preceitos:

“(...) a humanização do SUS, quando eu tive acesso a essa portaria eu vejo que hoje, sem que a gente tenha esses conceitos, que é uma coisa muito fechada, e de certa forma, que é uma coisa meio que imposta para que as pessoas façam isso, nós, nos princípios de atendimento geriátrico gerontológico nós fazemos aquilo que se apregou nos princípios da humanização do SUS. (...) eu tenho certeza que o nosso atendimento, ao abordar o familiar, ao envolver o paciente no seu próprio tratamento, o familiar nesse tratamento, ao trabalhar com a equipe multidisciplinar, com a ação interdisciplinar nós estamos muito próximos de fazer o que apregou a política nacional de humanização do SUS, sem, no entanto, estar seguindo a política porque isso, antes mesmo de ser a política, são os princípios da abordagem geriátrica e gerontológica. A gente não precisa dessa política pra fazer o que a gente tá fazendo.”

No caso da clínica médica, nas diretrizes da humanização do SUS, aparece a noção de “clínica médica ampliada”, que, conforme foi visto anteriormente, tem como pressuposto de que a clínica precisa ser muito mais do que a prescrição de um remédio ou solicitação de um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença, pois as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em relação a essa clínica ampliada, descrita na política de humanização do SUS, o médico-chefe do CMI também é enfático ao afirmar que não segue conceitos, apesar de acreditar que o CMI põe em prática o que está definido nessa abordagem.

“(...) é justamente essa abordagem da relação do tratamento não só pelo medicamento, mas pela condição social, pela própria capacidade do paciente de se auto cuidar, de envolver na autonomia do paciente em se auto cuidar e usar todos os meios que estão em volta do paciente pra fazer a abordagem multidimensional com o paciente, quer dizer, isso é, também, um dos princípios da abordagem geriátrica e gerontológica. Você não faz geriatria se você não tiver esse olhar multidimensional do idoso porque dar remédio não é a solução para o idoso. Então mais uma vez, esse é um conceito que perde um pouco do sentido, porque isso que está no conceito, que parece algo que as pessoas precisariam fazer, ele tá na prática do dia de quem é geriatra, de quem é gerontológico.”

4.6 Os usuários e seus cuidadores e as percepções sobre o Centro Multidisciplinar do Idoso.

4.6.1 Noções sobre corpo e processos de saúde-adoecimento

De acordo com Goldenberg (2011), na sociedade brasileira, há vários significados sobre o processo de envelhecimento, mas há uma moralidade hegemônica associada ao cultivo da juventude e da “boa forma” e a valorização de um tipo específico de corpo: jovem, magro, belo, sem marcas da velhice. Assim, é possível ver uma ambigüidade na análise que as pessoas apresentam sobre o envelhecimento. Por um lado, há perdas, especialmente, limitações físicas, enfermidades, solidão, perda de status, e etc. Por outro lado, há ganhos avaliados como amadurecimento, experiência, maturidade, sabedoria, aprendizado. Nos termos de Breton (2009), no imaginário técnico ocidental, o corpo é uma máquina que deve ser consertada ou transfigurada, essa ideia funda a dualidade por um lado o homem por outro o corpo. No que toca ao envelhecimento, tal construção do imaginário ocidental leva a medicalização crescente desse corpo envelhecido para manter a máquina. A nova abordagem da gerontologia pretende reverter o olhar das enfermidades para a capacidade funcional. Assim, a medicalização das enfermidades passa para segundo plano de importância. Obviamente, conforme foi visto, a formação do médico ainda não contempla essa nova visão.

Os idosos e acompanhantes entrevistados no CMI possuem uma visão diversificada dos processos saúde-adoecimento, revelando o que Goldenberg

afirmou (op. cit). No entanto, todos se assemelham ao associar saúde a algo muito importante e doença a algo extremamente ruim.

Nesse contexto do CMI, cabe enfatizar a importância do papel do acompanhante ou cuidador do idoso. Esse acaba por figurar como sendo uma tecnologia associada à pessoa idosa. De acordo com Leibing et. al (2008), as tecnologias devem ser observadas a partir de dois pontos de vista: nos ajudam a sermos mais humanos ou minam nossa humanidade. Para pessoas idosas, a dependência das tecnologias é grande, em função do crescente mercado de acessórios, por exemplo, para manter-se em casa, usar carro adaptado, re-usar partes do corpo com prótese e etc. Assim, podem ser instrumentos que ajudam a manter a dignidade, recuperar relações e atividades perdidas. De acordo com os autores (op. cit), as tecnologias têm uma função técnico-moral, referem-se, na maioria das vezes, à produção de objetos artificiais e não-humanos, separadas do humano. Nesse contexto, há tecnologias do eu (self) que são práticas pelas quais o sujeito se constitui dentro e visando o empoderamento, o que há repercussão na autonomia que deve ser busca no processo de envelhecimento.

No caso estudado por Leibing et. al. (2008) sobre as tecnologias do eu, sendo usadas no cuidado de pessoas com a doença de Alzheimer. Essas tecnologias configuram-se em um movimento recente dentro das ciências da saúde que se baseia no resgate da pessoa interior na demência. A partir da década de 1980, há esse movimento de “resgatar” essa pessoa escondida atrás de sintomas, com foco na manutenção da reflexividade e a comunicação. Trata-se da mudança de paradigma que vem passando a gerontologia, que passa a ter como foco a pessoa e não o cérebro (e/ou genes). Vários estudos passaram a ser realizados sobre a pessoa interior, onde começa e termina, se são produtos de contextos histórico-social (op. cit.). Esses estudos levam a uma mudança na noção de ser humano, alguns acreditam que o ser humano é mais que cognição e autoconsciência. Esse movimento é desencadeado por um processo de re-significação da medicina por meio da psique e do social.

No caso da demência, a pessoa interior é pensada como uma formação dinâmica de uma categoria moral de inclusão e exclusão, contextualizada dentro de

um processo contínuo de definir vida e morte bio-social (op. cit). A categoria pessoa interior é usada em casos de seres humanos que não são capazes de falar por si mesmos, isto é, fetos, pessoas em coma ou algumas formas de incapacidade. Assim, há um movimento de reconhecer e resgatar este ser escondido atrás de sintomas e incapacidades, isto significa dar vida a pessoas que seriam definidas com “capacidade a ser morto” ou “vida pura”. Desvelar essa pessoa interior prorroga vida em vida, mas ao mesmo tempo reestrutura a vida de uma nova maneira, evita a morte social ou morte bio-social. Algumas tecnologias ou condições médicas acabam por provocar essa morte bio-social, diminuem a capacidade das pessoas de fazer parte de uma sociedade, quando se criam espaços existenciais onde somente o corpo conta e não a pessoa. Assim, medicaliza-se a demência como enfermidade, minando essa pessoa interior. Nos casos de Alzheimer (op. cit), onde a morte bio-social está ligada ao momento do desaparecimento total da memória e como fato de ser um peso para outros, o “resgate” da pessoa interior acontece por meio de práticas que trabalhem com essa pessoa interior por meio do uso de “tecnologias humanas”, do outro - cuidador, terapeuta - como objeto de ajuda. Assim, os cuidadores devem ter consciência do seu papel e atuação como tecnologia humana,

Com relação aos acompanhantes dos idosos do CMI, buscou discutir com eles o que é saúde e o processo de adoecimento. A acompanhante 1 é sucinta em sua fala, afirmando que saúde é: “(...) uma necessidade de todos.” Já a acompanhante 2 associa saúde á doença, dizendo: “A saúde pra mim é tudo, qualquer mal estar que a pessoa sente tem que se cuidar, pra ver a razão de tudo, o que ta acontecendo, porque ele ta mudando o comportamento, tudo, o que dói, tudo”. Com relação aos pacientes, nota-se na falar do paciente 1 que ele transmite uma noção mais ampliada de saúde, associando-a aspectos religiosos, segundo ele: “(...) tenho um espírito muito evoluído, a evolução do espírito que ajuda o físico também estar sempre na posição.”

Ainda nesse conceito, ele afirma:

“A saúde é o principal, porque, por exemplo, porque que eu sou assim? Porque eu tenho saúde, e a saúde é a base principal porque adoeceu pode dizer que parou ou tá parando, o principal na vida é a saúde.”

O paciente 2, se assemelhando aos demais entrevistados, define saúde:

“Eu acho que a saúde é uma coisa muito importante. Quer dizer, é uma das coisas mais importantes porque se você não tem saúde você não tem nada.”

Os entrevistados também definiram doença, alguns deles associando-a ao processo de envelhecimento. Segundo a acompanhante 1, saúde :“É um mal que acompanha todos, principalmente os idosos.” E conforme o paciente 2:

“ (...) normalmente a pessoa com sessenta e seis anos, quando não faz preparação física, ele sente dores em toda parte do corpo.” (...) “A pessoa nova doente já não é bom, e depois de idoso o sofrimento é muito grande. Eu acho isso, sei lá, muito ruim.”

Já o paciente 1 é enfático ao dizer: “Adoecer é horrível.”

Ao se pensar no processo saúde-adoecimento logo vem em mente a função que o médico assume nessa relação. O papel social do médico variou muito, do século XIX até os dias de hoje. Esse profissional é, em suma, caracterizado como alguém apto a preservar, prolongar ou melhorar a vida biológica dos homens e a afastar a dor e o sofrimento físico. No entanto, o indivíduo que escolhe essa profissão traz valores, que associou ao seu conceito de Medicina, muito antes do ingresso no curso médico. Valores estes, que ele adquiriu na sua educação e na sua experiência pessoal e que, ao longo do curso médico, não estarão esquecidos ou extintos. Assim, Pessotti (1996) afirma:

“(...) mesmo que se defina a função do médico em termos de eficiência terapêutica, a formação dele requer, também, a consideração de aspectos outros que a mera qualidade da teoria e do treino clínico que lhe são dados.” (PESSOTTI, 1996)

A formação médica deve se basear nos princípios humanísticos, capacitando o médico a ver e auscultar não só o corpo enfermo, o doente, o paciente, a doença. Deve prepará-lo para ver e ouvir o homem que está vitimado pela doença e, por isso, traz ao consultório o corpo doente (PESSOTTI, 1996). Os entrevistados definiram a função do médico, confirmando a superioridade e importância desse profissional sobre as demais especialidades.

Assim, para a acompanhante 2:

“Médico pra mim é tudo, é o responsável basicamente pela nossa saúde, digo assim, na prática. Ele que cuida, que vê o que a pessoa tem, vê o melhor pra sarar, pra operar se for o caso, digo assim pra funcionar bem o nosso organismo.”

Segundo o paciente 2:

“A função do médico é uma função muito importante viu. Eu acho que o médico, ele também tem que ser muito bem tratado porque ele, pra tratar a gente, ele tem que estar bem. Ele tem que estar bem psicologicamente.”

O paciente 1 conceitua a função do médico:

“É justamente dar condição as pessoas de viver com mais tranquilidade, com mais saúde(...)” “(...) o médico ajuda, faz tudo mas ele não faz milagre, porque se ele fizesse milagre a gente não morria.”

4.6.2 Percepções sobre o atendimento no CMI

De acordo com os princípios da geriatria e gerontologia, o diagnóstico do idoso deve ser capaz de identificar todos os seus determinantes de saúde, tais como: a condição de saúde, as incapacidades, e fatores contextuais, ambientais e pessoais. Para isso, é necessário que se faça uma entrevista com o paciente e familiar. Durante essa entrevista a metodologia aplicada é extremamente variável e flexível, dependendo do tipo de atendimento, da demanda do paciente e de sua família, do objetivo da consulta, etc. Devido a isso, ela deve ser individualizada (MORAES, 2008). A avaliação multidimensional do idoso deve ser capaz de identificar os fatores biológicos e psicossociais, ambos são frequentes e “caminham juntos”, o que justifica o termo saúde como sendo “maior bem-estar-biopsicossocial”, e não somente a ausência de doenças (MORAES, 2008).

No CMI se faz uma entrevista com o paciente e familiar para que se “monte a identidade” do idoso. Assim, são feitas perguntas sobre toda a vida do paciente, envolvendo não só aspectos físicos, como também, psicossociais. Os pacientes e acompanhantes avaliaram a qualidade do atendimento do CMI, comentando também sobre os procedimentos ali realizados. A acompanhante 1 afirma sobre o atendimento prestado:

“É bem diferente, o tratamento é diferenciado porque aqui eles analisam o passado e o presente e acompanham sempre, e tudo que precisar, se acontecer alguma doença eu posso vir aqui a qualquer hora que eles atendem, posso procurar o médico que ele vai atender.” (...) “ É ótimo, os médicos têm muita paciência, por que tem que ter paciência pra cuidar de idoso.”

Para o paciente 1:

“ O atendimento aqui é ótimo, é diferente. A médica que me consulta é uma pessoa que eu realmente tenho muita confiança nela. Ela tem um cuidado muito grande com os pacientes delas. Não só ela.”

O paciente 2 faz uma breve comparação do CMI com os outros serviços públicos de saúde:

“(...) nos outros lugares a gente tem que ficar numa fila meio desastrosa, uma fila muito grande, muito barulho, e a gente fica incomodado. Às vezes nem consegue. Aqui é diferente, porque tem cadeiras pra sentar. Mesmo que a gente demore um pouquinho, a gente pelo menos consegue o atendimento.”

Ele ainda comenta sobre o atendimento:

“Eu fui muito bem tratado aqui. Uma junta médica que teve me entrevistando sobre a minha saúde, sobre a minha vida toda, o que eu passei na minha vida, como eu fui. Então foi muito importante. A primeira consulta é uma das mais importantes aqui. Perguntaram sobre a minha vida toda.”

Sobre a equipe multidisciplinar ele afirma:

“(...) isso é muito, muito importante, isso é muito legal viu. Eu acho que é um cuidado especial que tá tendo com a gente né, com as pessoas idosas.”

As inovações que essa mudança de paradigma na gerontologia trouxe e está no CMI revela a dinâmica transformacional da clínica médica, que se pauta em um novo olhar sobre o idoso com problemas em sua saúde mental. Nesse caso, em vez de unicamente medicar, outras dimensões de análise das pessoas são acionadas.

5. Considerações Finais

O Centro Multidisciplinar do Idoso caminha para uma bem sucedida modificação da clínica médica tradicional, que é centrada no modelo biomédico. Há evidências que o local aplica em seus métodos clínicos preceitos de humanização e clínica ampliada, mesmo não adotando claramente a Política de Humanização do SUS. Essas abordagens (humanização e clínica ampliada) podem ser encontradas, de forma indireta, nos princípios de geriatria e gerontologia, sendo estes princípios, o norteadores das ações desenvolvidas na instituição. Com isso, infere-se que o CMI se diferencia de outras instituições de saúde no que se refere aos atendimentos e tratamentos oferecidos, e, como consequência, avança na mudança do paradigma biomédico.

Os resultados apresentados demonstram que o CMI é um local onde os pacientes não são analisados unicamente pelas suas enfermidades, mas por todas as características que o formam, sendo, portanto vistos como seres biopsicossociais. Observou-se que esses pacientes recebem um atendimento de qualidade e saem de lá satisfeitos com o tratamento, formando até mesmo vínculos afetivos com os profissionais, depositando confiança e credibilidade em seus métodos.

E esses profissionais possuem uma integração muito forte uns com os outros, convivem em um ambiente de ajuda mútua, são respeitados pelo que fazem, além de serem tratados em uma relação de igualdade, tanto pelo seu superior quanto pelos demais. É perceptível que eles realmente gostam do trabalho que realizam e se empenham em proporcionar o melhor tratamento possível ao paciente.

No entanto, mesmo com tantos pontos positivos, o CMI também possui algumas questões que precisam ser observadas para que se melhore ainda mais a qualidade do atendimento prestado. Foi observado que mesmo visando eliminar as barreiras hierárquicas, no CMI o médico ainda assume a função de chefia, demonstrando que essa verticalidade de poder ainda é presente na instituição. Obviamente, nota-se que não ocorreu uma quebra de hierarquia estruturante da medicina nos serviços de saúde, mas a tentativa de reformular e apresentar uma nova proposta de clínica médica são sentidas pelos pacientes e equipe.

Foi possível identificar que a formação individual dos profissionais influencia seu modo de pensar sobre o processo saúde e adoecimento, o que pode impedi-los de terem uma concepção mais ampla e integral dessa dualidade. Nesse sentido, um profissional graduado em um curso voltado para o social, tende a reconhecer esse processo em uma dimensão predominantemente social, já se o indivíduo pertence á áreas biológicas, sua concepção, mesmo na tentativa de ampliá-lo, será focalizada nos processos fisiológicos do paciente. Essa problemática começa a aparecer nos cursos de graduação que, muitas vezes, são extremamente “fechados” em sua área de atuação, impedindo o graduando de transcender suas capacidades.

O CMI já deu um grande avanço no campo da saúde ao inserir a interdisciplinaridade nos tratamentos oferecidos. No entanto, é possível ir além desta integração, utilizando a abordagem transdisciplinar. Esse conceito busca estar entre as disciplinas, por meio das diferentes disciplinas e além de todas as disciplinas. Visa também eliminar a hierarquia entre as mesmas, pois todos os saberes são vistos de forma igualitária e nenhum é considerado superior ao outro.

Os casos bem sucedidos como o do CMI devem ser reproduzidos em outras áreas, tanto da saúde, quando de outros saberes, como educação, por exemplo. Para isso, é preciso que haja uma maior divulgação desses casos. É preciso também que as autoridades locais se mobilizem, gerando incentivos financeiros para o CMI, afim de que haja uma ampliação de sua capacidade operacional, assim, mais idosos poderão se beneficiar dessa alternativa diferenciada de tratamento.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 19 de outubro de 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. 2005. 10(3):561-571.

BRETON, D. **“O corpo acessório”**. In: **Adeus ao Corpo: antropologia e sociedade**. Campinas, SP: Papirus. 2009.

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, 2007, 12(4):849-859.

CAMPOS, G. W. S. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

CARPARA, A.; FRANCO, A. **A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul-set, 1999, 15(3):647-654.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico**. Ciênc. saúde coletiva. 2004, vol.9, n.1, pp. 139-146.

DICHI, J. B.; DICHI, I. **Agonia da história clínica e suas conseqüências para o ensino médico.** Rev. bras. educ. med. 2006, vol.30, n.2, pp. 93-97.

FERNANDES, J. C. L. **A quem interessa a relação medico paciente?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (1): 21-27, jan/mar, 1993.

FILHO, C.; MACÊDO, J. **Relação médico-paciente: a essência perdida.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 11, núm. 23, setembro-dezembro, 2007, p. 631-633.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FRANCIULLI, S. E. et al. **A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional.** Ciência & Saúde Coletiva, 2007, v. 12, p. 373-380.

GALVAN, G. B. **Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar.** Rev.SBPH[online]. 2007, vol.10, n.2, pp. 53-61. ISSN 1516-0858.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Record, 1997 p.107.

GONCALVES, R. B. M. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** Hist. cienc. saude-Manguinhos. 1994, vol.1, n.1, pp. 176-177.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. **A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a promoção da Educação Médica.** Rev. bras. educ. méd; 2004, 28(2):99-104, maio-ago.

GUIMARAES, R. M. **Proteção e saúde do idoso.** Rev. Saúde Pública [online]. 1987, vol.21, n.3, pp. 274-275.

HELMAN, C. G.; tradução Ane Rose Bolner. **Cultura, Saúde e Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009

LEIBING, A.; DOURADO, M. **“Tecnologias das pessoas e vida em vida”** In: CAROSO, C. (ORG.). *Cultura, tecnologias em saúde e medicina: perspectiva antropológica*. Salvador: EDUFBA. 2008.

MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M.C.K.B. **Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2008, vol.42, n.1, pp. 26-33.

MENDES, M.R.S.S.B.; GUSMÃO, J.L.; FARO, A.C.M. et al. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Acta Paul Enferm.; vol.18, no.4, 2005, 422-6.

MERHY, E. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas**. *Interface (Botucatu)*. 2000, vol.4, n.6, pp. 109-116.

MORAES, E. M. organizador. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopemed; 2008. 700 p.

NOVAES, M. H. **Psicologia da terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias**. Rio de Janeiro: Grypho, 1995.

REZENDE, J.M. **Trajetória histórica da clínica médica e suas perspectivas**. Goiânia: 1998.

SANCHEZ, M. A. S. **A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica**. Textos Envelhecimento [online]. 2000, vol.3, n.3, pp. 35-54. ISSN 1517-5928.

SANTOS F. R., LIMA L. A., ELIAS F. C. A, et al. **Satisfação do paciente com o atendimento interdisciplinar num ambulatório de prevenção da doença renal crônica.** J Bras Nefrol 2008;30:151-6.

SAYD, J. D. **Origem da medicina contemporânea: uma breve resenha.** Rio de Janeiro: UERJ. IMS, 1998. 31p.

SCLIAR, M. **“História do conceito de saúde”.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007, 17(1):29-41.

SUCUPIRA, A. C. **A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde.** Interface - comunicação, Saúde, Educação, vol. 11, núm. 23, setembro-dezembro, 2007, pp. 624-627.

PESSOTTI, I. **A formação humanística do medico.** Medicina Ribeirão Preto 29: 440-448 out /dez 1996.

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para equipe multiprofissional)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa para monografia de graduação do curso de Saúde Coletiva da FCE/UnB, denominada “**Transformando a clínica médica: o caso do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI/HUB**”, de responsabilidade de **Sílvia Maria Ferreira Guimarães**, orientadora da aluna **Laisla Monique Rodrigues da Silva**, graduanda do curso de Saúde Coletiva da FCE/UnB.

Os objetivos desta pesquisa são: analisar o processo de reconstrução clínica médica, tendo por base a experiência do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI/HUB em seus atendimentos multiprofissionais; conhecer a história e o funcionamento do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI, assim como sua tentativa de reconstrução da clínica médica; levantar perguntas aos profissionais do CMI na tentativa de entender suas percepções sobre os procedimentos clínicos que executam.

Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação do atendimento no CMI, caso seja permitido por todos os sujeitos envolvidos. É para estes procedimentos que você está sendo convidado(a) a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa ter uma reflexão sobre a atuação de uma equipe multiprofissional e divulgar tal prática.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper

sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através dos telefones (61) 92709432 ou (61) 9959.8119 ou pelos emails laislamrs@gmail.com ou silviag@unb.br

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de produção da monografia de graduação, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o você.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para o paciente ou acompanhante)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa para monografia de graduação do curso de Saúde Coletiva da FCE/UnB, denominada “**Transformando a clínica médica: o caso do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI/HUB**”, de responsabilidade de **Sílvia Maria Ferreira Guimarães**, orientadora da aluna **Laisla Monique Rodrigues da Silva**, graduanda do curso de Saúde Coletiva da FCE/UnB.

Os objetivos desta pesquisa são: analisar o processo de reconstrução clínica médica, tendo por base a experiência do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI/HUB em seus atendimentos multiprofissionais; conhecer a história e o funcionamento do Centro Multidisciplinar do Idoso – CMI, assim como sua tentativa de reconstrução da clínica médica. Para isso, será feito um levantamento de perguntas a pacientes e/ou acompanhantes do CMI, na intenção de coletar informações acerca da maneira como eles percebem, avaliam e participam do atendimento no CMI.

Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação do atendimento no CMI, caso seja permitido por todos os sujeitos envolvidos. É para estes procedimentos que você está sendo convidado(a) a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa ter uma reflexão sobre a atuação de uma equipe multiprofissional e divulgar tal prática.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através dos telefones (61) 92709432 ou (61) 9959.8119 ou pelos emails laislamrs@gmail.com ou silviag@unb.br

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de produção da monografia de graduação, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o você.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo C

Instrumentos de pesquisa

A) Com a equipe multiprofissional do CMI/HUB

1. O que é Centro Multidisciplinar do Idoso do HUB?
2. O que você faz na equipe?
3. Qual a sua relação com o resto da equipe e como você se vê na equipe?
4. O que você entende por saúde e doença?
5. O que é a saúde mental?
6. O que é uma pessoa idosa?
7. Você vê alguma diferença na maneira como você trabalha aqui com relação à atuação de outros profissionais da sua área?
8. Quais procedimentos você utiliza no CMI?
9. Você já trabalhou em outros lugares? Quais? O que fazia?
10. Qual a sua opinião sobre a equipe multiprofissional do CMI/HUB?

B) Com pacientes ou acompanhantes

1. Por que você ou a pessoa que você acompanha está aqui?
2. Você sempre o acompanha? (somente se a entrevista for com o acompanhante)
3. O que é saúde para você?
4. O que é doença?
5. O que é saúde mental?
6. O que você acha que é a função do médico?
7. Você acha que o tratamento do médico aqui é diferente de outros lugares?
Por quê?
8. Você conhece os outros profissionais que atuam aqui? Se sim como conheceu?

9. Quais profissionais já o trataram aqui? O que fizeram?
10. Na hora do atendimento, os médicos perguntam alguma coisa para a pessoa (idoso) ou para você? (somente se a entrevista for com o acompanhante)
11. Já buscou tratamento em outros lugares? Por quê? Como foi?
12. Por quais procedimentos você ou a pessoa que você acompanha passa no CMI?
13. Como você avalia o tratamento no CMI?
14. Há quanto tempo está fazendo o tratamento aqui?
15. Já deixou de vir? Por quê?
16. Como está se sentindo após a vinda ao CMI

C) Com o médico, chefe do CMI

1° parte

1. O que é Centro Multidisciplinar do Idoso do HUB?
2. O que você faz na equipe?
3. Qual a sua relação com o resto da equipe e como você se vê na equipe?
4. O que você entende por saúde e doença?
5. O que é a saúde mental?
6. O que é uma pessoa idosa?
7. Você vê alguma diferença na maneira como você trabalha aqui com relação à atuação de outros profissionais da sua área?
8. Quais procedimentos você utiliza no CMI?
9. Você já trabalhou em outros lugares? Quais? O que fazia?
10. Qual a sua opinião sobre a equipe multiprofissional do CMI/HUB?

2° Parte

1. Quais são as principais enfermidades apresentadas pelos pacientes do CMI?
2. Como funciona o fluxo do atendimento no CMI?
3. Como e quando a equipe multidisciplinar é chamada a atuar?
4. Como é a participação do Idoso na decisão acerca do tratamento?
5. O que é a humanização do SUS? O senhor acredita que essa humanização é presente no CMI? Se sim, de que forma?

6. O senhor conhece o conceito de clínica ampliada? Se sim, acha que está inserindo esse conceito no CMI? Se sim, de que forma?

Anexo D

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transformando a clínica médica:
o caso do Centro de Medicina do Idoso-CMI/HUB

Pesquisador: Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06430212.5.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 124.134

Data da Relatoria: 14/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de graduação. O eixo principal do trabalho é compreender como a relação médico-paciente é vivenciada em um hospital público. Para a pesquisa de campo foi escolhido o Centro de Medicina do Idoso.

Objetivo da Pesquisa:

1. Analisar o processo de reconstrução da clínica média, tendo por base a experiência do Centro de Medicina do Idoso CMI/HUB em seu atendimento multiprofissional.
2. Compreender a definição da clínica médica, além da definição de saúde e doença; Conhecer a história e o funcionamento do Centro de Medicina do Idoso, assim como sua tentativa de reconstrução da clínica médica; Levantar perguntas aos profissionais do CMI na tentativa de compreender suas percepções sobre os procedimentos clínicos que executam; Levantar perguntas aos pacientes e familiares sobre o tratamento recebido no CMI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram avaliados riscos para os participantes da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encontra-se dividida em três etapas: 1. Revisão bibliográfica; 2. Pesquisa de campo no Centro de Medicina do Idoso e 3. Análise dos dados e escrita do trabalho.

Na pesquisa de campo no Centro de Medicina do Idoso (CMI) serão utilizados o método etnográfico

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC 2 ALA NORTE 2 MEZANINO 2 GALA B1 2 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



e entrevistas estruturadas e semi-estruturadas. Serão entrevistados os membros da equipe de multiprofissional do CMI, pacientes e seus acompanhantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória estão de acordo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os documentos obrigatórios apresentados estão de acordo com a resolução 196. Não foram avaliados riscos aos participantes da pesquisa. O projeto foi considerado aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto está considerado aprovado

BRASÍLIA, 17 de Outubro de 2012

Assinador por:
Debora Diniz Rodrigues
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC - ALA NORTE - MEZANINO - SALA B1 - 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 E-mail: ihd@unb.br