

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

SILVIA REGINA RODRIGUES LEITE

**O USO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NA AMPLIAÇÃO DA
ANAMNESE: a espiritualidade, as emoções e a clínica na saúde do idoso**

JOÃO PESSOA/PB
JUNHO/2014

Silvia Regina Rodrigues Leite

**O USO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NA AMPLIAÇÃO DA
ANAMNESE: a espiritualidade, as emoções e a clínica na saúde do idoso**

Dissertação de Mestrado em Ciências das Religiões, inserido na linha de pesquisa Espiritualidade e Saúde, apresentada à Coordenação do curso, como exigência para obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões.

Orientadora: Profa. Dra Lenilde Duarte de Sá

JOÃO PESSOA/PB

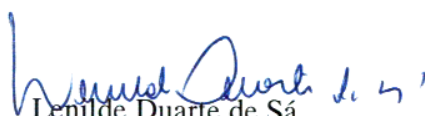
JUNHO/2014

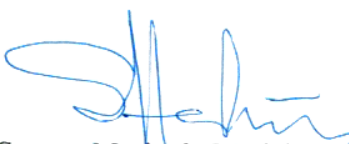
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

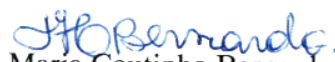
*“O USO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA NA AMPLIAÇÃO DA ANMMESE:
A ESPIRITUALIDADE, AS EMOÇÕES E A CLÍNICA NA SAÚDE DO IDOSO”*

Silvia Regina Rodrigues Leite

Dissertação apresentada à banca examinadora constituída pelos seguintes professores:


Lenilde Duarte de Sá
(Orientadora/UEPB)


Soraya Maria de Medeiros
(membro-externo/UEPB)


Ana Maria Coutinho Bernardo
(membro-interno/PPGCR/UEPB)

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá, pela amizade, orientação e exemplo de vida dedicada aos seus alunos e à construção de uma universidade cidadã.

À Profa. Dra. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel, pelo carinho, amizade e aprendizado, no exercício e defesa das práticas integrativas.

À Profa. Dra Soraya Maria de Medeiros, pela disponibilidade e atenção.

À Profa. Dra Ana Maria Coutinho, pelo carinho e apoio.

Aos professores, secretários e colegas do Programa de Mestrado das Ciências das Religiões pelo acolhimento, amizade e gentileza com que me receberam. O convívio com todos, foi realmente um privilégio e uma aventura plena de aprendizados.

Às professoras, secretários e colegas do programa de mestrado de Enfermagem, minha segunda casa.

Aos inesquecíveis mestres de todas as fases da vida e da escola.

Às amigas Khivia Kiss e Ivoneide Lucena, pelo acolhimento e apoio irrestritos ao longo desses dois anos.

Aos alunos desta pesquisa, que essa participação tenha instigado seus conhecimentos e sensibilizado seus corações à uma nova prática.

À minha eterna equipe da Saúde da Família Comunidade Tito Silva e colegas da Secretaria de Saúde de João Pessoa, que não economizaram esforços na compreensão e apoio ao meu trabalho.

À minha “gordinha”, pelas primeiras lições.

À minha Lola, pela vida e orações.

LEITE, Silvia Regina Rodrigues. **O Uso da Medicina Tradicional Chinesa na Ampliação da Anamnese:** a espiritualidade, as emoções e a clínica na saúde do idoso. 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Ciências das Religiões, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2014.

RESUMO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares foi implementada pelo Sistema Único de Saúde em 2006, abrindo um leque de possibilidades para garantir a integralidade na atenção à saúde. A formação médica necessita ser realizada de forma que o estudante aprenda a ver a pessoa de quem cuida de forma holística, tendo em vista a presente realidade de mostrar o direcionamento do saber médico, em função da prática ser fundamentada na concepção biomédica. Parte-se do pressuposto que as abordagens da medicina tradicional chinesa possibilitam qualificar a anamnese, sobretudo em pacientes idosos, de modo a levar em consideração, seus hábitos de vida, suas emoções e a espiritualidade. Os temas vinculados às práticas integrativas devem ser discutidos no meio acadêmico, uma vez que o novo currículo médico busca novas perspectivas na formação do profissional. Este estudo tem como objetivo geral analisar o uso de técnicas da Medicina Tradicional Chinesa, na ampliação da anamnese realizada por estudantes de medicina, na consulta à população idosa na Estratégia Saúde da Família. Como objetivos específicos foram: conhecer o significado da anamnese para estudantes de medicina na consulta ao idoso; oferecer capacitação aos estudantes para o manejo clínico à luz da Medicina Tradicional Chinesa e identificar mudanças em sua prática médica, após a capacitação oferecida. Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa, que teve como sujeitos, oito alunos de uma faculdade de medicina da rede privada, em seu internato de saúde coletiva, realizado em uma unidade de saúde da família, cenários de Cabedelo e João Pessoa, PB respectivamente. No que concerne à coleta de dados, no primeiro momento foram realizadas entrevistas gravadas, mediante o emprego de roteiro semidirigido. No segundo momento, foi oferecida capacitação aos acadêmicos para desenvolverem a anamnese da pessoa idosa segundo a aplicação de técnicas da Medicina Tradicional Chinesa. Na terceira etapa foram feitas novas entrevistas gravadas. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica análise de conteúdo, modalidade temática. Foram identificados através dos resultados obtidos que os alunos apresentam fragilidade em sua abordagem com o paciente e em sua formação na perspectiva do cuidado integral, humanizado e praticado com o uso de saberes de práticas integrativas. Observou-se ainda pouca valorização de conhecimentos de semiologia necessários ao desenvolvimento de um anamnese ampliada, segundo a concepção holística em saúde. No entanto, os alunos se mostraram abertos ao novo conhecimento, quando convidados a participar da formação em medicina tradicional chinesa. A esse respeito, verificou-se que a capacitação realizada fez com que os alunos incluíssem novos elementos sobre o tema anamnese, o que leva a recomendar que estratégias educativas, centradas na pesquisa-ação, possam ser empregadas na formação médica de modo a fortalecer mudanças no modelo de atenção em saúde.

Palavras chave: medicina tradicional chinesa; formação médica, anamnese, emoções, espiritualidade, idoso.

LEITE, Silvia Regina Rodrigues. **The Use of the Traditional Chinese Medicine in the Expansion of Anamnesis: the spirituality, the emotions and the elderly health clinic.** 2014. 117 f. Thesis (Master's Degree). Postgraduate Course of Sciences of Religions - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2014.

ABSTRACT

The National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) was implemented by the National Health System (SUS) in 2006, creating a range of possibilities to ensure the integrality in the health care practises. The medical training needs to be done so the student learn to look the person who he is taking care in a holistic way, in view of the current reality of showing the direction of the medical knowledge, because the practice is grounded in the biomedical conception. One starts from the assumption that the Traditional Chinese Medicine approaches enable to qualify the anamnesis, especially in elderly patients, in order to take into account their lifestyles, their emotions and their spirituality. The themes linked to the integrative practises should be debated in the academia, since the new medical training program searches for new perspectives of professional education. The goal of this thesis is to analyze the use of the Traditional Chinese Medicine on broadening the anamnesis done by medicine students, on medical visits for the elderly people on the Family Health Strategy. Its specific goals were: to know the anamnesis meaning for medicine students on elderly patients; to offer training to the students for the clinical handling under the Traditional Chinese Medicine light and to identify changes on the medical practice after the training offered. It is an action-research, with qualitative approach, with eight medicine students from a private college as subjects, during their internship of public health, carried out in a unit of family health in the cities of Cabedelo and João Pessoa, both on Paraíba State. In relation to the data collecting, in the first stage, recorded interviews were performed with the use of a semi-structured script. No que concerne à coleta de dados, no primeiro momento foram realizadas entrevistas gravadas, mediante o emprego de roteiro semidirigido. In the second phase, training was offered to the students to develop the anamnesis of the elderly, according to the techniques of Traditional Chinese Medicine. In the third stage, newly recorded interviews were conducted. To analyze the data, content analysis technique was used, on the theme mode. It was identified through the results that students have weaknesses in their approach with the patient and in his training, at the prospect of comprehensive, humane care and practiced with the use of knowledge of the integrative practices. We also observed little appreciation of the semiology knowledge needed to develop a wider anamnesis, according to the holistic concepto of health. However, the students were receptive to the new knowledge, when invited to attend the training in Traditional Chinese Medicine. In this respect, it was verified that the training conducted caused students to include new information about anamnesis theme, which leads to recommend educational strategies focused on action-research, could be employed in medical education in order to strengthen changes in the health care model.

Key words: Traditional Chinese Medicine; medical training; anamnesis; emotions; spirituality; the elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Yin e Yang e suas Associações	30
Quadro 2 – Correlação dos Cinco Elementos	34
Figura 1 – Os cinco Elementos e as leis de Geração, Dominância e Contradominância de Energia	32
Figura 2 – Moxabustão.....	36
Figura 3 – Ventosa	36

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
CES – Câmara de Educação Superior
CNE - Conselho Nacional de Educação
CFM – Conselho Federal de Medicina
CRM – Conselho Regional de Medicina
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
EM – Estudante de Medicina
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES - Instituição de Ensino Superior
MBE – Medicina Baseada na Evidência
MBN – Medicina Baseada na Narrativa
MS – Ministério da Saúde
MTC – Medicina Tradicional Chinesa
OMS – Organização Mundial da Saúde
PA - Pronto Atendimento
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
QV - Qualidade de Vida
SUS – Sistema Único de Saúde
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
UNICAMP – Universidade de Campinas
USP – Universidade de São Paulo
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESP – Universidade Estadual de São Paulo
FMABC – Faculdade de Medicina do ABC
FMJ – Faculdade de Medicina de Jundiaí
FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília
UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso
UNB – Universidade de Brasília
WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Instrument

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO E DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	10
1.1 MINHA FORMAÇÃO MÉDICA	17
1.2 A INFLUENCIA DO IDOSO EM MINHA HISTÓRIA	20
1.3 OBJETIVOS	21
1.3.1Objetivo geral	21
1.3.2Objetivos específicos.....	21
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	23
2.2 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL	26
2.3 A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA.....	29
2.4 AS EXPERIÊNCIAS SOBRE O USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.....	39
2.5 A ESPIRITUALIDADE, INTEGRALIDADE E O CUIDADO	42
2.6 SAÚDE DO IDOSO	45
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	49
3.1 TIPO DE ESTUDO	50
3.2 LOCAL DO ESTUDO	50
3.3 DEFINIÇÃO AMOSTRAL	51
3.4 COLETA DE DADOS: TÉCNICAS E INSTRUMENTO.....	51
3.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
3.7 FINANCIAMENTO.....	53
ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
4.1 O PERCURSO DA COLETA DE DADOS	55
4.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	57
4.2.1 A Medicina Tradicional Chinesa e a Anamnese da Pessoa Idosa	58
4.2.1.1 Ser Médico e a Relação Médico-Paciente.....	58
4.2.1.2 A Anamnese da Pessoa Idosa	63
4.2.1.3 O diagnóstico da pessoa idosa	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista.....	101
APÊNDICE C - Proposta do Curso de MTC.....	102
APÊNDICE D - Índice ou Dicionário Analógico da Pesquisa	104
APÊNDICE E - Ser Médico e a Relação Médico-Paciente Subcategorias e Evocações	105
APÊNDICE F - A Anamnese da Pessoa Idosa Subcategorias e Evocações	107
APÊNDICE G - O Diagnóstico da Pessoa Idosa Subcategorias e Evocações.....	110

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO E DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo propõe avaliar o uso da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), na ampliação da anamnese de usuários idosos da Atenção Primária e a sua colaboração para o enriquecimento do olhar de alunos de medicina.

Em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), foi implementada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – Portaria 971/2006,abrindo mais um leque de possibilidades para a garantia da integralidade na atenção à saúde(BRASIL,2006). Esta política vem reforçar e oficializar as várias práticas integrativas desenvolvidas na rede pública de saúde de municípios e estados brasileiros. Além do valor técnico destas práticas, a política justifica-se também pela viabilidade econômica e sua identidade social e cultural com a população. Entre as práticas integrativas destacam-se a homeopatia, a fitoterapia e a medicina chinesa.

As práticas integrativas apresentam abordagens que buscam estimular os mecanismos de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias seguras, enfatizando a escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na comunhão do ser humano com o meio ambiente, proporcionando o cuidado humano integral e em especial o autocuidado (BRASIL, 2006). A MTC inclui várias práticas: corporais (lian gong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan), mentais (meditação), a orientação alimentar, o uso de plantas medicinais, as ventosas, a moxabustão e a acupuntura.

O Nei Ching ou o livro do Imperador Amarelo, atribuído à Huang Ti, o imperador, mencionado pela primeira vez nos Anais da dinastia Han no sec. I a.C é considerado o primeiro livro clássico da medicina chinesa (VEITH, 1972) e até os dias de hoje exerce influência sobre os profissionais de saúde da China, principalmente em sua maneira de pensar o processo do adoecimento. Esta obra secular salienta a importância dos determinantes da saúde ressaltando a saúde mental, o comportamento das pessoas em seu processo saúde-doença e a consequente maneira de olhar o sintoma e a morbidade instalada. Também relaciona os órgãos e vísceras à influência da natureza e suas estações climáticas, as cores, cheiros, sabores, pulsos, tipos de língua e vários outros aspectos de observação clínica, ampliando a maneira do médico pensar e agir de forma holística.

No mundo ocidental a compreensão do corpo humano e suas transformações tem lógica diferente da MTC, uma vez que são baseadas na anatomia e fisiologia, calcadas em valores do cartesianismo. Este enfoque ainda impera nas práticas em

saúde, reforçado pelas indústrias médicas e farmacêuticas, que impõem uma ditadura do mercado da doença. O diagnóstico especializado, baseado em tecnologias duras (aparelhos e instrumental médico) e a prescrição farmacológica, induzem o profissional da saúde a focar sua atenção no órgão lesado e consequentemente estabelecer um procedimento eminentemente técnico. No ocidente, para a maioria dos profissionais de saúde e das pessoas, saúde é vista como ‘ausência de doença’ e nada mais é importante senão o método curativo e imediatista do mundo contemporâneo. Do ponto de vista desta prática, as subjetividades da pessoa, como ela se vê e se adapta em seu *modus vivendis*, são pouco levadas em consideração.

Madel Luz em 1998 coordenou o VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas na UERJ, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, onde a medicina tradicional chinesa foi o foco da discussão. Neste evento, a autora apresentou um trabalho onde foram entrevistados usuários que procuram a acupuntura em serviços de saúde. Na ocasião, todos eles já apresentavam um diagnóstico: hipertensão arterial, artrose, asma, dada a influência da racionalidade biomédica. A autora refere a visão mecanicista dos mesmos relatando que os pacientes são seguros, em como fazem a representação do seu corpo como uma máquina. Cita Galileu e Newton, fundadores da cosmovisão de que o universo, é semelhante a um relógio e o homem é uma pequena peça desse mecanismo. Com a industrialização a partir do sec. XVIII, o corpo passa a ser considerado como um instrumento de trabalho e é esse “corpo perfeito” que define a saúde, doença e cura das pessoas (LUZ, 1998).

O modelo biomédico foi reforçado por vários autores ao longo do último século. O americano Abraham Flexner, no ano de 1910 em seu relatório “Educação Médica nos Estados Unidos e Canadá”, fez propostas para o modelo de ensino médico, reforçando esse racionalismo apontado por Luz (1998): graduação superior para o ingresso na faculdade de medicina; ensino laboratorial; contratação de docentes em tempo integral; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase e estímulo na pesquisa biológica e sua vinculação ao ensino. Seu nome passou a ser associado a um rígido modelo de ensino médico, que privilegiava a formação científica de alto nível, acreditando ser possível o entendimento do homem pelo estudo de suas partes (REGO, 2003).

Essa visão biomédica reflete nos profissionais da saúde e em especial no médico, culturalmente seu representante máximo. Campos (2003), refere que a

medicina nunca perdeu a capacidade de exercer controle social sobre a maioria das pessoas em seu papel de árbitro, ditando regras e padrões de comportamento. Porém, a cada dia que passa, acontece um grau maior de alienação do médico (afastamento, fixação em procedimentos padronizados e dificuldade em escutar queixas), em relação aos sujeitos dependentes de seus cuidados, apesar de ainda influenciarem o imaginário social. Influenciam provavelmente pela articulação com a mídia e com o Complexo Médico – Industrial.

Scliar (2002) refere que a partir da Segunda Guerra Mundial, com a quebra econômica dos grandes centros europeus, o desenvolvimento médico transfere-se para os Estados Unidos. Inicia-se a entrada das corporações no florescente mercado da assistência médica, o que Arnold S. Relman, professor de Medicina Social de Harvard, chama de estabelecimento médico-industrial.

Frada (2000), mostra como o racionalismo reforça essa alienação e suas consequências ao longo do tempo. Constata que os ritos e magias construídas por um povo na expectativa de controlar as forças da natureza e do cosmos, ao longo de sua evolução, vão sendo desacreditados por um novo comportamento voltado para o racionalismo enveredado pela via da ciência.

A indústria americana que produzia equipamentos, insumos e medicamentos em larga escala e possuía uma visão utilitarista de mercado exportador e de agente detentor das principais patentes, ditou as ações e as características de mercado, definidas como a globalização, que vivenciamos hoje. (RODRIGUES, 2011). As pessoas passaram então a aceitar e a desejar a tecnologia.

Diante da insatisfação da população frente ao modelo imposto, a partir dos anos 1980, segundo Luz (2005), a crise do modelo biomédico vem suscitar novas alternativas de tratamento, além da importação de antigos sistemas médicos como a medicina tradicional chinesa e a Ayurvédica. O questionamento do modelo biomédico fez reabilitar as medicinas populares em todo o mundo.

Apesar do novo modelo curricular da escola médica de 2001, buscar uma formação voltada para o cuidado e da Política Nacional de Práticas Integrativas em 2006, ainda encontramos um distanciamento preconceituoso e desinformado do aluno acerca das práticas integrativas e complementares. Estas não integram a maioria dos currículos das escolas médicas brasileiras. Segundo Couto (2009):

as escolas médicas vivem um intenso processo de transformação para atender as Diretrizes Curriculares de 2001, enfrentando obstáculos complexos, dentre eles as representações de mundo, vida, saúde e doença de todos os atores envolvidos. A Atenção Primária em Saúde está representada no Brasil desde 1994, pela estratégia de saúde da família. Neste novo cenário, surge como um dos principais desafios à consolidação da APS, o descompasso entre o médico formado no paradigma tradicional e o médico capacitado ao cuidado integral, humanizado e longitudinal (COUTO, 2009, p.22).

Inquietações, ao longo da minha prática como médica e docente, vêm sendo transformadas em questionamentos. Algumas questões me perseguem: Como é produzida nossa formação e qual o nosso entendimento sobre a construção do diagnóstico? Visto que nosso conhecimento dos determinantes do processo saúde – doença modifica totalmente o resultado do encontro, tanto para o profissional de saúde como para o usuário. Qual a importância dada às relações interpessoais e como tudo isso se reflete na saúde? Por que não ampliar as condições de se construir o diagnóstico utilizando saberes outros e não apenas da medicina ocidental?

Conforme matéria divulgada no Portal Saúde SUS, para se produzir saúde é preciso que amplifiquemos nosso pensar e agir, analisando os modos de viver dos indivíduos e coletividades. Cada escolha ou omissão, cada solução ou ausência de respostas diante das dificuldades cotidianas, cada gesto, palavra, sorriso ou lágrima, é marcado por muitas circunstâncias que podem produzir mais ou menos adoecimento.

As circunstâncias em que vivemos são inscritas nos determinantes sociais de nossa saúde. Os debates sobre o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) iniciaram-se nas décadas de 1970/80, a partir do entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida em uma sociedade.

Consideram-se como DSS as condições de escolaridade, trabalho, renda, habitação, justiça social bem como acesso a serviços e bens públicos, entre outros, o que resguarda os limites do setor saúde e desafiam práticas intersetoriais como estratégias provocadoras de mudanças no nível de saúde dos indivíduos e grupos sociais (BVS/MS, 2012). Esse conceito, difundido após a Constituição Federal de 1988, ainda está muito distante do vivenciado nas disciplinas das Escolas de

Medicina do nosso país, onde ainda impera o modelo Flexneriano.

As condições de trabalho, a precariedade da carreira de médico, e a expectativa social em relação ao status da profissão, levam esse profissional a uma prática que não corresponde a um atendimento digno, respeitoso e acolhedor. E assim, desatenção, imediatismo e rapidez da consulta médica em si, de forma quase generalizada, leva a maioria dos profissionais a um ciclo vicioso. Esse descontentamento também me atingiu e me levou à procura de alternativas para o desenvolvimento do meu trabalho de forma mais prazerosa. Precisava de tempo e de qualidade nessa relação médico-paciente, que enriquecessem meu entendimento sobre a pessoa e sobre mim mesma como profissional.

Muito difícil nesse cenário da saúde brasileira corresponder às práticas da Atenção Primária e ao que a estratégia da Saúde da Família (ESF) demanda. A população dos territórios assistidos pela ESF necessita de assistência humanizada, do acolhimento que muitas vezes a vida e as políticas públicas não lhes deram, de vigilância a saúde, de prevenção as doenças e de promoção à saúde. Os profissionais de saúde não tiveram essa prática. Muito menos a teoria.

E nesse cenário, pessoas que ali viveram por décadas de exclusão e de carência sócio-econômica-cultural, muitas delas arrimos de família, vivem com suas parcas aposentadorias recebendo o impacto do processo de envelhecer e por muitas vezes, passando pela violência dentro e fora de casa. Portador de doenças crônico-degenerativas, o idoso é o maior frequentador das unidades de saúde da família. E como ele vem sendo assistido?

Na obra *Envelhecimento e Representações Sociais* (2012), vários autores discorrem sobre o processo de envelhecimento no Brasil e no mundo: as consequências do declínio físico, cognitivo, a perda da memória, de vínculos afetivos e a depressão pela falta de perspectivas; a desvalorização do idoso no trabalho e conhecimento acumulado ao longo da vida; a precariedade das políticas públicas voltadas às suas necessidades. Envelhecer é se fragilizar é reconhecer a sua dependência e experimentar o cuidado. Dificuldade maior para os homens onde suas morbidades e agravos são mais graves do que os das mulheres. A ausência dos mesmos nas unidades de saúde ao longo da vida faz com que tenham uma morbimortalidade precoce e mais grave em relação às mulheres (TURA, 2012).

A feminização da velhice é uma realidade. Dados indicam que as mulheres vivem em torno de oito anos a mais do que os homens, de modo que as mulheres

passaram a ter uma expectativa de vida em torno de 76,8 anos (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Promoção da Saúde, em relação aos idosos, discorre sobre a vulnerabilidade, solidão e riscos relacionados ao estilo de vida, educação, condições de trabalho, renda, habitação, ambiente, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2002).

Percebo que o profissional de saúde ainda não se encontra apto para lidar com o idoso, ao mesmo tempo forte, sábio e frágil. Reconhecendo ou não sua dependência, seu declínio sexual, suas lembranças e esquecimentos, suas emoções aguçadas pelo medo e incertezas. O exercício de sua espiritualidade, suas crenças em oposição a tanta ciência e desconhecimento das subjetividades do saber humano. Para alguns, o envelhecimento pode levar ao temor da morte e para se proteger dele, a busca da religiosidade é muito frequente. À medida que a idade avança, perdas de várias ordens vão acontecendo gradativamente, assim como a prática do desapego. “Para alguns, é o momento de maior transcendência e entrega e os compromissos e responsabilidade com os outros diminuem” (KOVACS, 2007).

Encontrei na Medicina Tradicional Chinesa, outras formas de raciocínio e percepção. A anamnese abrangente, considerando as características do estilo de vida, dos sentimentos e das relações pessoais eram um atrativo e um salto para novas possibilidades. Ali, eu também estaria como pessoa como “o outro na relação” e teria a possibilidade de estreitar vínculos, com aquele que me procura. Haveria outras formas e maneiras de olhar para um sintoma, uma característica específica daquele indivíduo. A doença não seria vista da mesma forma. A gastrite do trabalhador braçal poderia ser diferente da gastrite do trabalhador intelectual!

Um novo mundo e maneiras de pensar se vislumbravam para mim, dando ênfase à escuta e ao vínculo terapêutico, necessários para o esclarecimento de um diagnóstico, sem ignorar os conflitos e, segundo Canguilhem (1982), os modos de ‘andar a vida’ do paciente. Com base na minha experiência e na minha formação em MTC, desenvolvi o seguinte pressuposto: que o emprego da MTC contribui para ampliar a anamnese para além dos aspectos clínicos técnicos, no aperfeiçoamento do diagnóstico voltando-se dessa forma a uma prática de cuidado integral, reforçando a clínica ampliada e a humanização da assistência.

A busca do entendimento do aluno de medicina em uma nova maneira de cuidar, apreendida por meio do uso de técnicas da anamnese da MTC na nossa compreensão, ampliaria seus recursos para corresponder às necessidades na

humanização da assistência. Também fortaleceríamos, através da ESF, a relação médico - paciente aprofundando o vínculo, a partir de uma anamnese promovida pela possibilidade de variadas associações de sinais e sintomas que, pela medicina ocidental, não apresentam o valor clínico desejado. Com isso, poder-se-ia verificar o impacto do uso de técnicas da medicina chinesa na atenção primária, a ampliação da anamnese em pessoas idosas, segundo o que é preconizado por um novo paradigma da saúde.

O novo paradigma da saúde inclui fazer medicina contemplando a humanização da assistência, enfatizando a escuta, a subjetividade e o estilo de vida do sujeito. Inclui atuar considerando a espiritualidade, as emoções, os sentimentos, que para a medicina chinesa influem diretamente no equilíbrio e desequilíbrio energéticos e somáticos do organismo. Portanto questionamos se a capacitação em MTC possibilitará aos futuros médicos, um novo olhar à anamnese do idoso, concretizando esta prática como mais uma ferramenta de cuidado holístico.

1.1 MINHA FORMAÇÃO MÉDICA

Com todos esses anos de clínica e observação do meu dia-a-dia, percebo a força que minha formação teve em me moldar dentro dos códigos estabelecidos em que fui educada. A profissão de médico ainda era opção para poucos. Entrar em uma escola médica nos fazia pertencer a um grupo de jovens inteligentes, capazes e privilegiados. E assim, com essa “capacidade” dentro de um modelo de formação fria e técnica, o curso nos lançava para o mundo das responsabilidades e por incrível que pareça: ao mundo das máquinas e da tecnologia.

Éramos adolescentes que optaram por uma vida quase monástica, onde o erro não tinha vez nem hora. Incrível contrassenso de nossa formação: por um lado o técnico, a especialização; por outro a necessidade social da compaixão, abnegação, e humanização do profissional. A busca do “elo perdido”, do médico que visitava as famílias, acompanhando e participando do nascimento, vida e morte de seus componentes, já encontrava-se muito distante dos nossos dias.

Segundo Ristow (2007):

Falar em humanismo é tocar o pensamento da Antiguidade Grega, a essência humana baseada em valores calcados no bem, no belo, no justo. É centrar-se na dignidade humana, na razão, no espírito crítico. É conceber um estado de formação do homem voltado para um

“ideal civilizatório” distante dos utilitarismos imediatistas, contemplando o desenvolvimento integral do indivíduo. Embora a Medicina estivesse inscrita na formação escolástica, foi, desde as origens, essencialmente dotada de caráter humanista, centrada na filosofia da natureza e na visão holística do homem, como ser dotado de corpo e espírito. As transformações societárias, entretanto, ocorridas na modernidade, evidenciadas nos séculos XVIII, XIX e XX, determinaram uma nova concepção de mundo. Neste, a economia e a política, notadamente, delinearam o cenário social, em função de fins preestabelecidos, prevalecendo a razão instrumental. A medicina, como parte da sociedade, também foi influenciada pela razão instrumental (RISTOW, 2007, p.13).

Esses eram os anos de 1970 que ainda se mantinham, na concepção da formação médica, do começo do século. O advento da microscopia eletrônica, da medicina molecular estavam longe de nossa realidade, mas mesmo assim, víamos o ser humano como uma máquina que seria invadida e manipulada por tubos e exames laboratoriais. Nosso sonho era o de entrar em um hospital, sentir o cheiro do éter, andar pelos corredores em cortejo, atrás do professor impaciente nas enfermarias; no mundo das pinças, das técnicas cirúrgicas e dos medicamentos de nomes difíceis. Tudo altamente memorizado. O jaleco branco, o estetoscópio e esfigmomanômetro dentro da maleta de couro alemão. Aí sim, estávamos prontos para desempenhar “o papel”. Nossos modelos eram os seriados médicos da televisão americana em branco e preto, que semanalmente nos seduziam para o mundo médico - hospitalar. Mal me recordo das poucas vezes que participei de aulas nos espaços da Atenção Primária.

Alienados do processo sociopolítico da época, mal sabíamos das mudanças que a ditadura, em sua plena efervescência, atuava em relação às políticas de saúde e ao futuro cenário em que habitaríamos. Os anos de 1970 assistiram a mudanças importantes no campo da saúde pública do Brasil, período em que se instala um novo cenário. As políticas de saúde da época eram voltadas para os hospitais e limitadas aos trabalhadores do mercado formal, contribuintes da previdência social. Para a maior fatia da população (trabalhadores informais da área urbana, rural e desempregados) desprestigiada e sem acesso aos serviços de saúde, restavam as Santas Casas de Misericórdia e alguns hospitais públicos. Quase a totalidade dos recursos financeiros da máquina previdenciária era destinada aos hospitais e ambulatorios de especialidades médicas. A saúde pública contava apenas com escassos recursos do Tesouro Nacional ou fomentos oriundos de organismos internacionais (LEITE, 2006).

A anamnese aprendida na escola quando bem realizada, nos dá a possibilidade de alcançarmos um diagnóstico mais correto. Analisando a literatura sobre a importância da semiologia, Rodrigues (2011) relata que a anamnese bem feita, torna a solicitação de exames complementares desnecessária. A anamnese bem realizada faz em torno de 60% dos diagnósticos clínicos. Quando esta é associada ao exame físico, a eficácia aumenta para perto de 80%.

Na maioria das vezes, os alunos da graduação não gostam de fazer anamnese, pelo trabalho que acarreta, desdenhando-a. A medicina atual apoia-se cada vez mais nos recursos tecnológicos, não apenas no que diz respeito aos exames complementares, mas em toda a sua dimensão. Desta forma o que nos era exigido e colocado como imprescindível, eram apenas as características físicas, de uma provável dor ou qualquer outro sintoma e sinal detectáveis, e os antecedentes familiares do paciente. Deixávamos de lado toda a sua subjetividade, seu modo de viver a vida. Suas emoções ou comportamento, quando não aceitos dentro da normalidade estabelecida, requeriam uma medicação psicotrópica. Não éramos qualificados, pela falta de importância, para o acolhimento, o “olho no olho” pois essas atitudes eram consideradas pejorativas e de um comportamento emocional que impediria o olhar técnico apropriado. As palavras “amor e solidariedade” passavam longe das aulas e artigos da academia. A espiritualidade e religião não eram consideradas nem pelas crenças do médico e muito menos as dos pacientes, sendo consideradas “menores”.

Nenhuma influência externa era considerada como determinante da doença, apenas as dos fungos, vírus e bactérias. Assim, como ressalta Rodrigues (2011), “o médico hoje vale mais pela máquina que manipula ou pela tecnologia que domina, que pelo conhecimento técnico pessoal”. Perpetua-se o norteador que responde pela estratégia da economia de mercado: quanto menos se utiliza a anamnese e o exame clínico, mais são solicitados exames complementares.

A Medicina Chinesa chegou em minha vida, na busca de satisfazer minhas angústias, frente aos meus questionamentos sobre a simplificação do raciocínio no processo de adoecimento e da terapêutica na alopatia. Me questionava: O método de interpretação e procedimentos da clínica seria o mesmo para pessoas distintas? Durante meus primeiros quinze anos como médica, sentia a necessidade de preencher lacunas que explicassem novas formas de diagnosticar e intervir. Era habitual sairmos da escola e trabalharmos dando plantões em Pronto Atendimento.

Era muito difícil a rotina de porta de entrada dos hospitais onde a conduta era quase padronizada: atendimento rápido, poucas perguntas, exame clínico superficial e medicação. Não tínhamos tempo para conversa, pois a fila na porta do consultório era grande, assim como a minha insatisfação.

Ao mesmo tempo, estagiava no departamento de gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Alí a medicina psicossomática se apresentava para mim, exercendo grande influência na construção da minha anamnese quanto à abordagem das subjetividades do paciente. Procurei desenvolver um olhar sistêmico que me permitisse alcançar a pessoa e o seu entorno, para melhor compreender o seu processo de adoecimento. Com esse referencial a consequência natural de minha prática foi a de aproximação com a MTC, sua filosofia e suas obras seculares.

1.2 A INFLUENCIA DO IDOSO EM MINHA HISTÓRIA

“Pior do que fazer oitenta anos é não chegar até eles”. É o que sempre dizia quando aniversariava minha avó materna, minha segunda mãe. Enquanto meus pais saíam para trabalhar, dona Isolina era minha companhia e meu exemplo de vida. Espanhola, veio muito cedo para o Brasil a procura de trabalho. Os tempos eram difíceis para uma das províncias mais pobres da Espanha. O período era o da primeira guerra mundial e a família com muitos filhos precisava comer o que não tinham, para sobreviver. E lá veio a menina, saída de uma aldeia com uma das irmãs, em busca de trabalho informal na cidade de Santos, São Paulo. Depois de dois meses no mar, trabalhou como empregada doméstica e copeira. Ali encontrou outro galego e formou sua família. O marido carroceiro não trazia muito para o sustento da mulher e de quatro filhos. Como guerreira desde pequena, foi lavar roupa “para fora” e catar café na Companhia DOCAS de Santos.

Para ela não tinha tempo ruim. Levava-me para a escola, fazia minha comida e cumpria o papel de educadora em tudo o que uma criança deve ser: educada, humilde e solidária. Ao mesmo tempo em que convivia com ela, também suas amigas faziam parte do meu dia. Visitas, lanches, compras na feira, jogos de “tômbola” ou “brisca” no final da tarde, me fizeram participar desse mundo do imigrante idoso. Mundo das reminiscências, do ato de cuidar dos netos, das receitas de comida artesanal. Não me recordo de sofrimentos ou reclamações. Não me

registro das lágrimas de minha avó ao perder pais e irmãos, sem nunca mais tê-los visto.

O envelhecimento de minha avó trouxe algumas repercussões para o seu físico. Obesa e hipertensa tinha uma grande dificuldade em caminhar. Dizia: “não ando porque não emagreço e não emagreço porque não ando”. Seu conhecimento vinha da sua força, sua espiritualidade e sua intuição - características humanas que chegam com a idade. Em quase a totalidade de minhas lembranças de infância essa mulher esteve presente. Trago comigo na base da relação com as pessoas, a ética e o respeito de que todos somos iguais e que sempre temos o que aprender uns com os outros. Herança da velha senhora.

Meu primeiro contato com a dor e com o ambiente hospitalar foi ao lado dela. Ao descermos do ônibus, um acidente com sua mão nos levou para um serviço de emergência no centro da cidade de São Paulo. Ali percebi o ambiente frio e escuro de uma porta de entrada de saúde da maior capital do Brasil. Ambiente nada acolhedor pois ali imperavam a doença e o medo. E o que podemos dizer dos ambientes de saúde nos dias de hoje?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

- Analisar o uso de técnicas da Medicina Tradicional Chinesa na ampliação da anamnese ao idoso realizado por estudantes de medicina.

1.3.2 Objetivos específicos

- Investigar o significado da anamnese e do diagnóstico para estudantes de medicina na consulta ao idoso na ESF.
- Oferecer capacitação para o manejo clínico ao idoso à luz de técnicas da medicina tradicional chinesa.
- Identificar mudanças na prática médica quando da elaboração da anamnese por estudantes de medicina, na consulta ao idoso na ESF, após a capacitação oferecida.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

“Muitos médicos já são de opinião que existe algo além de bisturis e pílulas para curar seus pacientes.” Bernie Siegel

O cenário escolhido para a nossa pesquisa é o da Atenção Primária a Saúde (APS) que, como porta do sistema de saúde, deve ser utilizada tanto por sua aproximação do usuário, como também por sua prática visando à maior resolutividade. Para tal, a estratégia da Saúde da Família visa o acolhimento como ferramenta de alta valia para a classificação de risco e vulnerabilidade do usuário. Assim como é valorizada a relação médico paciente e consequente construção de vínculo tanto na unidade de saúde, visita domiciliar e em outros espaços da interação serviço e população em um território adscrito.

Na Unidade de Saúde da Família o profissional de saúde está próximo do *lôcus* onde vive e se relaciona o usuário, o que proporciona um olhar diferenciado nos determinantes de sua saúde. Portanto, facilita o trabalho de vigilância em saúde e consequente planejamento das ações da equipe englobando a prevenção e a promoção da saúde.

Ao contrário do que se costuma pensar, há grande complexidade nas intervenções da Atenção Primária. Conforme CAMPOS (2007), essa complexidade se define em termos de número de variáveis envolvidas em um dado processo. Nesse sentido é necessário “intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também necessário encarar os riscos subjetivos e sociais” (CAMPOS, 2007, p.6)

O modelo hegemônico da gestão de saúde por resultados, contrário à gestão por procedimentos, impede e dificulta as mudanças necessárias, tanto para o sistema de saúde quanto para a formação do profissional médico e, é justificado por Cunha (2004), quando o mesmo comenta que enquanto o debate dentro da saúde pública não se estendeu prioritariamente para a atenção básica, o modelo hegemônico do pronto atendimento (PA) nas cidades brasileiras, foi definido pelos três atores sociais: médicos, gestores municipais e usuários. Os usuários com a idéia de saúde como bem de consumo, pressionando os gestores por assistência e dispensação de medicamentos. Os médicos por sua vez por conta de sua formação foram mais comodamente incorporados ao SUS através do pronto atendimento.

..porque conciliam uma clínica degradada, ou seja, com baixo gasto de energia pessoal e pouco vínculo, com uma inserção vertical, compatível com outros vínculos empregatícios, o que possibilita senão melhor remuneração, ao menos maior independência e consequentemente maior poder de negociação. Tudo isso associado aos interesses dos gestores municipais que entenderam o PA como uma solução politicamente viável, que contenta os dois referidos atores sociais (CUNHA, 2004. p.32).

O médico inserido no contexto da Estratégia Saúde da Família deve apresentar uma nova lógica de trabalho para que os objetivos da estratégia sejam alcançados. Inicia-se com o desafio de trabalhar em uma equipe multidisciplinar. Saber-se parte importante, porém apenas uma peça da engrenagem de trabalho, diferencia-se muito de seu trabalho solitário e soberano nas enfermarias e consultórios tradicionais. O trabalho voltado para uma população com características culturais, sociais e econômicas semelhantes, em espaço geograficamente definido, viabiliza uma nova perspectiva de diagnóstico e tomada de decisão em relação ao processo saúde-doença deste território (LEITE, 2006).

Apesar disso, o mercado de trabalho médico para a ESF é muito recente. Gonçalves (2009) destaca em sua pesquisa as principais dificuldades do aprimoramento do trabalho profissional nesta área. Os profissionais optam pela ESF por motivações pessoais, apesar do pouco preparo dessa atividade na graduação. Ressaltam a importância dos agentes comunitários, do trabalho em grupos e das visitas domiciliares, apesar da fragilidade em efetuar os dois últimos itens. Existe uma insatisfação profissional devido a sobrecarga de trabalho, dificuldades no relacionamento com a equipe multiprofissional, falta de retorno financeiro e de reconhecimento dos outros profissionais e da população. Também foram apontados a falta de apoio e vontade política necessários ao êxito do programa (o ranço do modelo hospitalocêntrico). A pesquisa também identificou a falta de articulação entre a escola médica e a gestão municipal na formação de profissionais para atuação na ESF.

Várias experiências de atenção primária no mundo, como as do Canadá, França e Inglaterra, nos mostram o sucesso do modelo. O NHS (National Health Service) é o nome do sistema de saúde público da Inglaterra, o equivalente ao SUS do Brasil. Segundo Duarte (2013), o governo britânico responde por mais de 80% dos gastos em saúde sendo considerado a maior estrutura de saúde pública do mundo. Cada morador do país é referenciado para um médico da família mais

próximo de sua casa, que o assiste, priorizando a prevenção e a promoção de estilos de vida saudável. Todos os médicos que se graduam, passam primeiramente pela Atenção Primária por dois anos (acompanhados pelo órgão de classe), para posteriormente firmarem suas especializações. O autor atribui o sucesso do sistema inglês à formação profissional, à eficácia do sistema e ao nível cultural alcançado, fazendo com que aquela população adoecia muito pouco. No Brasil, o nosso sistema ainda apresenta subfinanciamento (o governo responde por apenas 44% dos gastos em saúde), má gestão, demanda reprimida aos serviços e especialidades e a falta de unidades similares distribuídas de forma estratégica pelo território nacional. A discussão sobre o binômio melhor financiamento/melhor gestão continua e permanecerá tema atual, mas, além disso, precisamos discutir e buscar o aprimoramento social, educacional e cultural de nosso povo (DUARTE, 2013).

Assim como em outros países, no Brasil o profissional com formação: generalista, humanista, crítica e reflexiva que as diretrizes curriculares enfatizam, é o médico de saúde da família e comunidade. Para isso, a Atenção Primária em Saúde deverá ser de fato e de direito, reconhecida e priorizada pelos formadores das escolas de saúde, gestores municipais e estaduais. A procura pela residência em Saúde da Família e Comunidade é pequena e recente. Neste ano de 2014, segundo a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, foram ofertadas apenas 287 vagas em instituições públicas.

Apesar da implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina enfatizarem a importância de formar um profissional adequado às necessidades do sistema de saúde pública, a grande maioria dos profissionais em sua formação, não são voltados para o trabalho na APS (GONÇALVES, 2009). O pouco tempo no internato em Saúde Coletiva não faz com que tenham uma experiência prática significativa na rede de saúde. Tampouco não assimilam a importância da educação em saúde para a mudança do estilo de vida das pessoas. Além das consultas e dinâmicas na USF, os trabalhos de prevenção e promoção da saúde em grupos, favorecem ao estudante mudar a compreensão de que a atenção primária é uma prática médica menor. Segundo Starfield (2002)

..a percepção da atenção primária como um “tratamento para os pobres” acontece devido a sua forte ênfase sobre situações ambientais adversas que influenciam a saúde, as quais são mais prevalentes nas áreas menos favorecidas. A partir de Alma Ata, aprendemos que um sistema de saúde orientado para a atenção

primária atenua, em alguma extensão, os efeitos danosos de uma desvantagem social (STARFIELD, p.135).

Consideramos assim, na inserção do estudante em seu internato de Saúde Coletiva a importância da prática de um novo olhar para a clínica ampliada, a clínica do sujeito. O cenário da Unidade de Saúde da Família para o idoso tende a ser reconhecido como familiar e incorporado no seu dia-a-dia. Tanto o comparecimento nos grupos de educação em saúde, quanto sua frequência maciça devido ao acompanhamento de suas doenças crônicas, a USF é o espaço privilegiado para as pessoas que integram esse ciclo de vida.

2.2 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL

"Uma grande universidade possui duas funções, estudar e pensar"

William Osler

Na construção das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, o Conselho Nacional de Educação implementou uma Resolução CNE/CES de nº 4, de 7 de novembro de 2001 e nelas estão definidos:

os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Torna-se um grande desafio a maioria das competências e habilidades requeridas no novo currículo como: a comunicação, a empatia, o agente de transformação social e o educador. O trabalho nos espaços da comunidade, o planejamento e vigilância em saúde, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Pouco se tem avançado nos doze anos do novo currículo médico.

Arcoverde (2004) realizou uma pesquisa com alunos do curso de medicina da Universidade Regional de Blumenau - FURB e constatou que os acadêmicos de

medicina chegavam no final do curso, sem terem sido conquistados pela possibilidade de atuar como médico generalista. Todos haviam construído representações do médico especialista, bem sucedido, atuando em consultório privado, hospitais terciários e de grande porte. O mesmo autor concluiu que as mudanças curriculares ocorridas nas escolas médicas com a homologação das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina, não foram suficientes para mudar o panorama do modelo Flexneriano de formação médica. Em suas reflexões o autor destaca a representação social da profissão médica, o mercado de trabalho médico, o desgaste sofrido pela medicina pública e o ambiente escolar como fatores importantes para explicar a dificuldade de adesão do aluno à Atenção Primária em Saúde.

Dentro desse perfil de profissional que desejamos, é muito difícil encontrar professores, que sejam educadores e que se coadunem com essas novas metodologias e situações inusitadas para a prática médica. Necessitamos assim, de profissionais de saúde que tenham em sua formação a importância do cuidado gerando o novo médico que se completa nas outras profissões, apto à somar competências junto à equipe multidisciplinar.

Discorrendo sobre as aptidões do educador, Freire (1996) relata em sua obra *Pedagogia da Autonomia* que,

Como os demais saberes, este demanda do educador um exercício permanente. É a convivência amorosa com seus alunos e na postura curiosa e aberta que assume e, ao mesmo tempo, provoca-os a se assumirem enquanto sujeitos sócio-histórico-culturais do ato de conhecer, é que ele pode falar do respeito à dignidade e autonomia do educando. A competência técnico científica e o rigor de que o professor não deve abrir mão no desenvolvimento do seu trabalho, não são incompatíveis com a amorosidade necessária às relações educativas (FREIRE, 1996, p.11).

Este formador da escola médica, em sua maioria impregnado do vício da educação denominada por Freire como bancária, necessita refletir para as necessidades reais do aluno, conforme a crítica de Freire (1996):

É nesse sentido que reinsisto em que formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas e por que não dizer também da quase obstinação com que falo de meu interesse por tudo o que diz respeito aos homens e às mulheres, assunto de que saio e a que volto com o gosto de quem a ele se dá pela primeira vez. Daí a crítica permanentemente presente em mim à malvadez neoliberal, ao cinismo de sua ideologia fatalista e a sua recusa inflexível ao sonho e à utopia (FREIRE, 1996.p.15).

A visão fragmentada da maioria dos profissionais formados pelo modelo biomédico é a de que o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e principalmente na Atenção Primária é pejorativo, menor e de pouco status para quem tanto estudou e se dedicou integralmente a uma profissão. É uma visão capitalista que determina ser o tempo gasto na escola um investimento financeiro, para ser resgatado no futuro próximo, quando do atendimento aos seus pacientes. Constatamos que a maioria dos profissionais médicos continua sua prática de atendimentos rápidos, focado no sintoma, pleno de exames laboratoriais e a prescrição de medicamentos alopáticos com relação à medicina atual.

Arcoverde acrescenta:

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano, e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura. Essa é talvez a mais séria deficiência da abordagem biomédica (ARCOVERDE, 2004. p.21).

Nas palavras de Campos (2003, p.23), “haveria que se superar a ênfase em procedimentos, valorizando-se os resultados, e, na gestão de pessoal, estimular o encantamento com a arte de prevenir, curar, reabilitar e cuidar de pessoas”. Confirma-se assim, a depreciação da relação interpessoal com o usuário, em detrimento à supervalorização da tecnologia moderna. Soma-se a esse entendimento, a falta do exercício da cidadania em nossa cultura e em nossas escolas, dificultando a mudança de paradigma tão esperada (LEITE, 2006).

Em defesa do médico com a formação generalista necessário a Atenção Primária, citamos Morin (2001, p. 21), que refere que “contrariamente à opinião difundida, o desenvolvimento de aptidões gerais da mente, permite melhor desenvolvimento das competências particulares ou especializadas. Quanto mais poderosa é a inteligência geral, maior é sua faculdade de tratar de problemas especiais”.

Assim como Arcoverde (2004), que se refere às especializações como,

Quando os cientistas reduzem um todo a seus constituintes fundamentais – sejam eles células, genes ou partículas elementares – e tentam explicar todos os fenômenos em função desses elementos, eles perdem a capacidade de entender as atividades coordenadoras do sistema como um todo. (ARCOVERDE, 2004 p.18)

Faz-se necessário rebuscar formas de sensibilização e construção desse novo paradigma que apoia a integralidade do sujeito, o vínculo terapêutico, a visão ampliada sobre o processo saúde – doença e a humanização da atenção. E assim qualificar o futuro médico em sua mudança de atitude frente ao paciente, em sua anamnese e consequente enriquecimento de seu diagnóstico e modo de intervenção.

2.3 A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

“Quando as pessoas são educadas, a distinção entre as classes desaparece.” Confúcio

A MTC caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza valorizando a inter-relação harmônica entre as partes visando a integralidade. É baseada em várias teorias, precisamente na divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade (BRASIL, 2006).

A MTC tem relações com três religiões/filosofias que se mesclaram em diferentes épocas na China: o Taoísmo, o Budismo e o Confucionismo. A mais influente no campo da saúde é o Taoísmo onde a base filosófica se encontra na fisiologia, na fisiopatologia e nas técnicas de diagnóstico e tratamento. Suas técnicas e práticas estão relacionadas com a busca do equilíbrio, da espiritualidade e do desapego, fundamentadas no Budismo e no Taoísmo.

Segundo Granet (1997) dentre todas as noções chinesas, a idéia do Tao é aquela cuja história é mais difícil de estabelecer, tamanha a incerteza quanto à cronologia e ao valor dos documentos.

O Tao não pertence a uma determinada Escola, mas sim ao âmbito do pensamento comum.

Na base de todas as concepções do Tao encontram-se as noções de Ordem, Totalidade, Responsabilidade e Eficácia. Os chamados escritores taoistas destacam-se pelo desejo de retirar dessas noções tudo o que elas podem conter de representações sociais [...] eles veem no Tao a virtude própria do homem de bem. O conceito mais

difundido do Tao é que ele é o caminho. Esse caminho vai em busca da harmonização do universo, da natureza e do homem com esse macrocosmos (GRANET, 1997 p.190).

Seguindo o preceito do Tao, a medicina mais antiga da China também leva em conta a importância da natureza e sua relação com o homem. A natureza, seus elementos e suas estações climáticas possuem plena relação energética com as pessoas. O ser humano é parte do universo como o microcosmos dentro do macrocosmos: esta é a primeira noção da medicina holística. Essa energia percorre todo o corpo através de canais denominados meridianos, associados aos órgãos e vísceras do organismo. Todos funcionando em busca de um equilíbrio. A manutenção desse equilíbrio repercute em paz e alegria interior promovendo qualidade de vida.

A natureza essencial do Tao foi descrita no século V a.C. por Lao Tse, no livro Tao Te King

O Tao é uma força abstrata criadora de todas as coisas. O Tao trás à tona a polaridade entre o Yin e Yang de um estado primordial não estruturado. Todas as coisas na natureza não se desenvolvem sem este campo de tensão entre Yin e Yang. O Tao permanece como a força criativa, a base de toda transformação dinâmica. (Pomeranz, 1988).

O significado original de Yang é o reflexo de um antigo ideograma chinês que mostra o lado ensolarado e fértil de uma colina, enquanto o Yin simboliza o lado assombrado. As energias Yin e Yang, de polaridades opostas, dependem uma da outra, são complementares e estão em constante transformação dinâmica. O excesso de Yin transforma-se em Yang e vice-versa. A compreensão dessa dinâmica do Yin e do Yang é essencial, para entendermos o equilíbrio e desequilíbrio do corpo humano e a produção das doenças.

Considerando Yin e Yang como forças opostas, verificamos várias associações e analogias. É o que mostra o quadro abaixo:

YANG	YIN
Masculino	Feminino
Fogo	Água
Dia	Noite
Sol	Lua
Ativo	Passivo
Externo	Interno
Calor	Frio
Verão	Inverno
Criativo	receptivo
Céu	Terra
Hiper	Hipo
Excesso	Deficiência
Qí (energia)	Xue (sangue)
Shen (mente)	Jing (essência)

Quadro 1 – Yin, Yang e suas associações. Elaboração da autora/2012

Com relação às técnicas da MTC, os achados mais antigos sobre a acupuntura (técnica mais difundida no ocidente) datam de 3 mil anos atrás. Na chamada dinastia Chang, foram encontrados hieróglifos de acupuntura e moxabustão em inscrições em ossos e carcaças de tartarugas (XINNONG, 1990). Porém a medicina da China passa a ser documentada quando o conjunto de textos médicos encontrados na dinastia Han (sec. I a.C) formaram o primeiro livro médico intitulado Nei Ching - O Livro do Imperador Amarelo. Sua autoria foi atribuída então, ao imperador Huang Di e considerado o livro clássico mais antigo de Medicina Chinesa.

Até os dias de hoje os preceitos deste livro repercutem através dos profissionais de saúde que trabalham com a MTC. Aborda o processo de adoecimento, a literatura previa da teoria do Yin e Yang, os cinco elementos, os zang-fu (órgãos e vísceras), os meridianos e canais colaterais. Também discorre sobre a mente e o espírito, o Q'i (energia) e o sangue, os fluidos corpóreos, as cinco emoções e os seis fatores patogênicos exógenos, como a base de conhecimento da MTC. Explica a fisiologia e a patogênese do corpo humano, os princípios

diagnósticos, o tratamento e a prevenção de doenças pela perspectiva da concepção holística e a relação entre o corpo humano e a natureza.

A anamnese e o diagnóstico feitos pela medicina tradicional chinesa, ainda são alvo de curiosidade e interesse pelo mundo ocidental. Detentora de uma lógica própria constrói analogias, baseadas na observação e no cuidado com o modo de viver a vida das pessoas. A maneira como são feitos, amplia nosso olhar em múltiplos matizes. A observação minuciosa, nos trás aspectos subjetivos da vida dos pacientes na relação entre o desequilíbrio energético dos órgãos traduzidos em emoções ou outros sinais e sintomas, aspectos que passam despercebidos na medicina ocidental.

O processo de adoecimento é explicado pela MTC com o início de um desequilíbrio energético, cuja repercussão para a pessoa, restringe-se a esfera mental, como sutilezas na qualidade do sono, sonhos ou pesadelos, na impaciência ou irritabilidade excessivas, porém estando preservada a sua saúde física. Em um segundo estágio e aprofundamento, a pessoa começa a apresentar sintomatologias vagas como: cefaleias esporádicas, pirose, dispepsia, dores musculares, dismenorréia, tonturas e outras, onde os órgãos ainda não apresentam modificações físicas. Já na terceira fase do processo de adoecimento, além da sintomatologia, o órgão apresenta lesão celular, como exemplo: a úlcera péptica, um mioma uterino, as artroses, um desequilíbrio hormonal. Até atingir a última etapa, onde a mitose celular é grande e praticamente irreversível resultando, nas doenças autoimunes e o câncer.

Segundo Cunha (2004):

Outra vantagem da MTC é que ela possibilita a intervenção preventiva, reconhecendo sintomas muito sutis, que ainda não são capturáveis em exames de laboratório ou reconhecidos como início de uma patologia pela nossa Medicina. Uma soma de pequenas alterações como a forma ou cobertura da língua, o aumento discreto na frequência urinária noturna, o aumento na transpiração, etc... podem levar a um diagnóstico e uma conduta. A sensibilidade diagnóstica da Medicina Chinesa é muito grande e isso é muito importante na Atenção Básica porque possibilita o diagnóstico, a prevenção e o tratamento, onde a biomedicina muitas vezes só enxergaria problemas emocionais e somatizações (CUNHA, p.137).

A MTC considera a importância da energia (Q'i) do indivíduo desde a sua concepção (influência energética dos pais), o período de gestação (influência da energia materna) e nascimento. Embrião e feto carregam tanto o perfil genético,

quanto o energético dos pais. Assim, a predisposição a doenças pela hereditariedade seria um fato, mas pela MTC isso necessariamente não ocorre. Isso quer dizer que, as circunstâncias do nascimento, o ambiente onde essa criança vive e suas relações familiares são muito importantes no desenvolvimento de uma doença. A pessoa nasce com uma capacidade/carga energética que, ao longo de sua vida, vai ser consumida naturalmente, mantida ou desgastada, dependendo de seu estilo de vida, trabalho, habitação, clima, stress e todos os determinantes da saúde/doença. Por isso vemos diferentes processos de adoecimento e envelhecimento nas pessoas.

Como parte do macrocosmos, os cinco elementos da natureza considerados pelos chineses e que, por analogia fazem parte do indivíduo são: a água, a madeira, o fogo, a terra e o metal. Todos eles possuem correspondência com as vísceras e órgãos do corpo humano. As etapas do raciocínio médico na anamnese e no tratamento são baseadas nos cinco elementos e em suas leis de geração, dominância e contradominância energéticas. Essas energias fluem por todo o nosso corpo através dos meridianos. Os meridianos são canais que conduzem a energia dos órgãos e vísceras como uma rede, mantendo-os saudáveis.

Os cinco elementos e as Leis de Geração, Dominância e Contradominância de energia

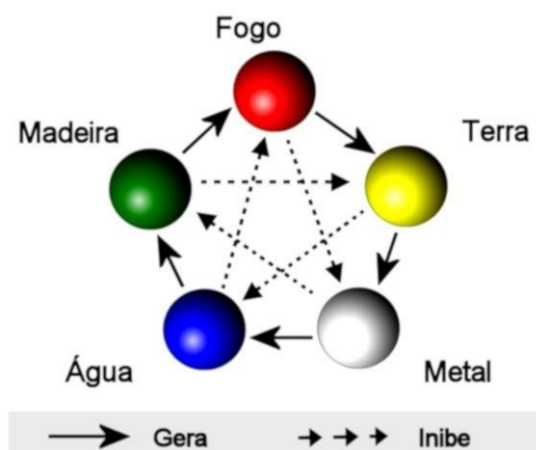


Figura 1 - Fonte: caminhoscomplementares.blogspot.com

Segundo a lei de geração de energia, cada elemento gera a energia do outro. De uma forma simples: a água alimenta a madeira, que pega fogo e vira terra

(produto de consumação); da terra se extraem as pedras (metal) e das pedras brota a água. Conforme Risch (1984)

Esta lei da qual você pode seguir o traçado com a ponta do lápis sobre o círculo chama-se também a Lei da Mãe e do Filho. Tome o coração, por exemplo, é a *mãe do Baço*, mas também é o filho do Fígado..... Na plenitude da mãe se *dispersa o filho* e no vazio do filho se tonifica a *mãe* (Risch 1984, p.48).

A Lei de dominância é a tentativa do organismo, assim como a natureza, de controlar os excessos de energia, a fim de manter o equilíbrio energético dos órgãos e vísceras. A madeira domina a terra; a terra domina a água; a água domina o fogo; o fogo domina o metal e o metal domina a madeira. Na compreensão chinesa: a água apaga o fogo, o fogo derrete o metal, o metal corta a madeira, a madeira penetra na terra com suas raízes, a terra suga a água. E a Lei da Contradominância faz acontecer exatamente o contrário, numa inversão de dominâncias (uma regulação fisiológica).

Na imagem dos cinco elementos acima, podemos visualizar as fases do nascimento-crescimento-plenitude da vida e morte, simbolizados pelas estações climáticas, suas cores e muitas outras associações. Através das queixas e do histórico do paciente, o profissional médico analisa sob essa ótica como anda cada órgão, acompanha seu fluxo de aumento ou queda energéticos e assim traça o perfil de cada caso. Verifica como anda a qualidade do sono, dos sonhos ou pesadelos, a tendência a determinados sabores alimentares, odores diferenciados, qualidade do cabelo, unhas, acuidade visual e auditiva, saúde mental e suas emoções (como a raiva, a mágoa, a tristeza, o medo e insegurança e a ansiedade), sua digestão, urina e fezes. No exame clínico verifica tonalidades sonoro-verbais, o ruído respiratório, o hálito, a postura física, a característica dos pulsos, a aparência da língua, coloração da pele e outras particularidades. Com todas essas informações, o profissional diagnostica em que fase do processo de adoecimento encontra-se o paciente e como ele intervirá.

Quadro de Correlação dos cinco Elementos

Elementos	Madeira	Fogo	Terra	Metal	Água
Órgãos	Fígado	Coração	Baço	Pulmões	Rins
Vísceras	Vesícula biliar	Intestino delgado	Estômago	Intestino Grosso	Bexiga
Cores	Verde	Vermelho	Amarelo	Branco	preto
Corpo	Tendões, articulações	Vasos	Músculos	Pele, pelos	Ossos, dentes, cabelo
Sentimentos	Cólera mágoa	Alegria Ansiedade	Preocupação Pensamento	Tristeza	Medo, insegurança
Sentidos	Vista	Tato	Gosto	Olfato	Audição
Sabores	Azedo Ácido	Amargo	Doce	Picante	Salgado
Estação	Primavera	Verão	Águas de março	Outono	Inverno
Energias	Vento	Calor	Umidade	Estiagem	Frio
Ciclos de vida	Nascimento	Crescimento	Idade adulta	Declínio	Morte

Quadro 2 - Elaboração da autora/2012

O cuidado com a escuta, e a consideração de como o paciente vive e suas preferências, o diferenciam como um ser único, onde o tratamento de uma enxaqueca pode ser totalmente diferente de outra. Os processos de adoecimento são distintos. Poderíamos traçar um paralelo com a medicina psicossomática onde cada pessoa tem o seu órgão de choque e onde as subjetividades também são consideradas.

O profissional médico que analisou a anamnese e traçou um histórico do desequilíbrio energético pode, a partir daí, iniciar o seu plano de tratamento e a escolha das técnicas que serão utilizadas. O primeiro aspecto positivo é o início do tratamento com o diálogo sobre as mudanças do estilo de vida do paciente e a prevenção do “aprofundamento” da doença.

Relembrando cada etapa da anamnese, o profissional discute com o paciente, através das leis dos cinco elementos, correlacionando o elemento (órgão ou víscera) aos sintomas e sinais apresentados. Alerta sobre a importância do desgaste físico, a ingestão de líquidos, a necessidade do sono, o alerta aos sentimentos desmedidos, a catarse de seus problemas, a mudança dos excessos

alimentares e sabores, a postura, a atividade física e os alongamentos que são imprescindíveis para melhora do fluxo energético. Assim, o profissional da MTC faz um resgate de áreas da saúde, que, de uma forma geral, são desenvolvidos por outros profissionais como o nutricionista, o fonoaudiólogo, o psicólogo, o fisioterapeuta e o educador físico.

A técnica da MTC utilizada dependerá de cada caso, porém a acupuntura estará presente em quase todos os procedimentos, estimulando pontos dos canais/meridianos de energia, tonificando ou dispersando órgãos e vísceras.

Se a água-rins estiver em plenitude, a terra-baço que a domina no estado normal, não tem mais ação alguma sobre ela. Melhor ainda, arrisca de ser por ela dominada e o fogo-coração, normalmente dominado pela água-rins sofrerá por sua vez uma verdadeira agressão que será conveniente reprimir.....ao inverso se a água-rins estiver em vazio, a terra-baço que a domina em tempo normal torna-se agressiva e o fogo-coração habitualmente dominado pela água-rins, arrisca de derrubar a relação de forças e de dominá-lo por sua vez (RISCH,1984, p.48).

Na literatura chinesa da antiguidade, existem muitas lendas sobre a origem das agulhas de acupuntura, como as de Huang Di's e Fu Xi (dinastias e clãs da sociedade primitiva) com agulhas de pedra. Depois da descoberta do bronze iniciou-se a utilização desse material para sua confecção e atualmente é adotado o uso do aço inox e da prata.

Para complementar o uso das agulhas de acupuntura, a MTC utiliza a Moxabustão, que acelera e aprofunda o estímulo da agulha em quadros que necessitam “aquecer” o órgão. A moxa é produto do ressecamento das folhas da erva *Artemísia sinensis* ou *Artemísia vulgaris*, em forma de cone ou tubo. É utilizada, queimando esses cones diretamente sobre a pele ou sobre fatias de gengibre. Em geral a moxa é utilizada para aumentar a energia ou aquecer as doenças do frio.

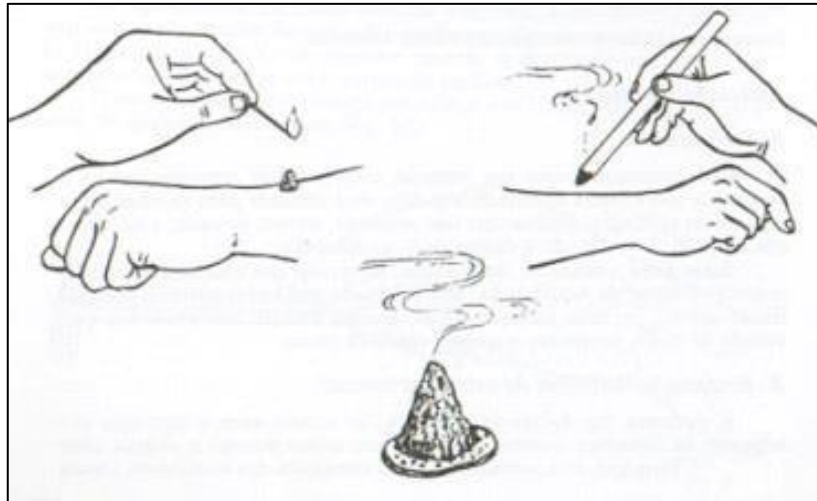


Figura 2 - Fonte: Moxabustão - www.medicinachinesapt.com

Quando uma doença não responde a uma medicação (fitoterápica) e acupuntura, é sugerido incluir a Moxabustão. A respeito da técnica se diz:

É de natureza yang e pode abrir os doze meridianos regulares, fluindo através dos três meridianos Yin para regular o Qí e o sangue, expelle o frio e a umidade, aquece o útero, para o sangramento, aquece o baço e o estômago para remover a estagnação de energia, regula a menstruação e facilita a fertilização(XINNONG,1990, p.339).

A ventosa é outra técnica muito utilizada nas congestões de energia e bastante indicada em contraturas musculares. Ela pode ser feita de vários materiais como o bambu, vidro e o plástico. A técnica consiste em provocar uma pressão negativa (ou vácuo) sobre a pele, para descongestionamento energético e sanguíneo.

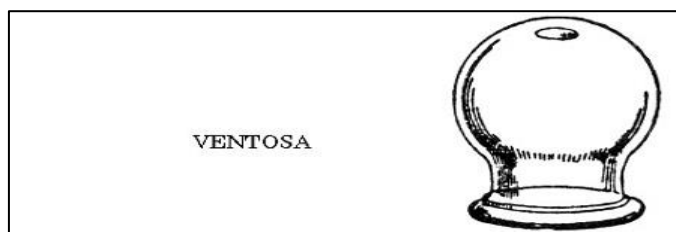


Figura 3 - Fonte: ventosa – aulete.com.br

Com relação ao uso de medicamentos a base de plantas medicinais, toda clínica e hospital chineses possuem uma farmácia de fitoterápicos. As ervas chinesas, e outros elementos da natureza (órgãos ou partes de animais) são disponibilizados isoladamente ou em formulações. As formulas utilizadas há séculos e largamente aprovadas em várias partes do mundo são designadas como Fórmulas magistrais. No Brasil, já existem ervas ocidentais que são utilizadas com o mesmo mecanismo de ação das ervas chinesas. Estas ervas, além de suas propriedades físicoquímicas como: sudorificação, vomificação, purgação, regularização, calorificação, purificação, tonificação e sedação, tem a mesma similaridade de função na MTC como: drenar a umidade, aquecer o interior e expulsar o frio, tonificar o Yin e o Yang, eliminar o vento e a umidade, aliviar a estagnação alimentar, controlar o vento do fígado, promover a circulação do Qí, regular o sangue e outras.

Outras técnicas chinesas como a auriculo-acupuntura, a massagem Tuíná, o Chi gong, a reflexologia dos pés e a prática do Tai Chi Chuan, são importantes não só para a prevenção de doenças e a promoção da saúde, como também para a manutenção do equilíbrio físico e mental da pessoa.

O olhar e o método de intervenção da Medicina Tradicional Chinesa sobre o indivíduo e as comunidades, trouxeram para o mundo ocidental um adendo necessário na complementação do diagnóstico da medicina alopática. O profissional de MTC escuta, respeita e considera o conhecimento e as impressões do paciente. A relação se torna confiável. Nenhum procedimento será prejudicial ou desnecessário. Há uma similaridade do médico que trabalha com a MTC com o médico de família, que acompanha longitudinalmente aquele indivíduo. Observando os meandros de seu processo de adoecimento, o paciente tem uma sensação de pertencimento a essa maneira de raciocínio, pela sua identidade com a natureza, viabilizando um viés intimista para o cuidador e sentindo-se protagonista do processo. A MTC encontra-se em sintonia com as políticas públicas consagradas pelo SUS sendo um precioso recurso às inquietações de profissionais médicos, convidando-os para novos desafios.

Vários autores modernos postulam que a postura mental das pessoas é responsável por sua integridade física. Posturas positivas ou negativas induzem a produção de substâncias químicas protetoras ou destruidoras dos sistemas nervoso,

endócrino, circulatório e imunológico entre outros (KOENIG, 2012; BLUMENFIELD, 2009; DAHLKE, 1992).

O cortisol, hormônio produzido pelas glândulas suprarrenais como um dos grandes vilões produzidos pelo stress crônico. Em quantidades moderadas, o cortisol não é prejudicial, porém em excesso, dia após dia esse hormônio é tão tóxico para o cérebro que acaba matando ou danificando bilhões de células cerebrais (KHALSA,1997).

As enfermidades crônicas não transmissíveis são as primeiras causas de morbidade e mortalidade no mundo atual. Todas relacionadas ao estilo de vida das pessoas. A alimentação, o sedentarismo, o stress, o tabagismo, o uso de drogas lícitas e ilícitas interferem na produção e manutenção da saúde das pessoas. Todos esses fatores são diretamente influenciados pela postura mental e pelos determinantes sociais e econômicos da modernidade.

2.4 AS EXPERIÊNCIAS SOBRE O USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Madel Luz (1998) toma como marco histórico simbólico da dissociação entre saúde, medicina e cultura a conferência de Alma Ata, realizada na União Soviética, em 1978. Nela o diretor geral da Organização Mundial da Saúde declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializada para resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade, fazendo um apelo aos governos de todos os países para o desenvolvimento de formas simplificadas de atenção médica destinadas às populações carentes no mundo inteiro, com o correspondente esforço no campo da formação de recursos humanos, utilizando-se, para isso, os próprios modelos médicos ligados às medicinas tradicionais. “Saúde para todos no ano 2000” foi o lema então lançado.

Ainda segundo a autora citada:

a utilização de técnicas da chamada “medicina alternativa” é antiga tanto no Brasil quanto no mundo. O termo originalmente enunciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1962, definindo, *no singular* (medicina alternativa), como uma prática tecnologicamente despojada de medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais. Foi proposta como “alternativa” à medicina contemporânea especializante e tecnocientífica, no intuito de resolver

os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo. (LUZ, 2005, p.152).

O chazinho, a massagem e o “escalda pé” estiveram e estão presentes na história da humanidade. Cada tipo de prática associada à cultura de um país chegou ao Brasil, a partir das emigrações e foi difundida ao longo do tempo, por médicos e práticos, receptivos a uma nova maneira de se fazer saúde. A importância que a OMS vem dando a este fenômeno faz com que vários países divulguem em suas revistas e periódicos a comprovação científica e o estímulo da implementação dessas práticas.

Desde os anos de 1970 a acupuntura é a técnica da MTC mais difundida no mundo. A partir dessa década, vários estudos científicos internacionais comprovaram sua eficácia. Um documento apresentando vários estudos clínicos sobre a acupuntura foi apresentado pela OMS. O documento intitulado “Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials” mostrou à comunidade científica a importância da implementação da técnica e suas vantagens terapêuticas. A partir disso, vários simpósios foram realizados demonstrando um grande interesse dos países sobre a técnica chinesa e também para fornecer uma revisão e análise de ensaios clínicos controlados de acupuntura (WHO, 2003).

A OMS realizou um simpósio sobre acupuntura em junho de 1979, em Pequim, na China onde foram mencionadas 43 enfermidades tratáveis com a acupuntura na época. Em 1991 um relatório sobre a associação da medicina tradicional com a moderna foi apresentado pelo diretor geral da OMS na 44 Assembleia Mundial da Saúde. O documento cita o uso da associação da acupuntura com a medicina ocidental em vários países. Em 1996 na Cérvia, província de Ravena na Itália foi apresentado um relatório da prática clínica em uma consulta sobre acupuntura feita pela OMS. Várias técnicas associadas com a acupuntura potencializam seu efeito terapêutico com as ventosas, o moxabustão, as massagens shiatsu e tuiná, a sangria entre outras.

Na pesquisa de Schweitzer (2012) “Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde” em busca da humanização do cuidado, os autores citam trabalhos internacionais realizados na Inglaterra (Warburton B.,1999), Espanha (Vas J.,2004), Cuba (Dresang Lt., 2005), Itália (Rossi E., 2008) e outros como trabalhos importantes na adoção de práticas em MTC como a acupuntura, a moxabustão, práticas corporais e auriculoterapia. Os primeiros artigos de autores

brasileiros estão publicados em uma Edição Especial da Revista Brasileira de Saúde da Família – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma Realidade no SUS (SCHVEITZER et al, 2012, p. 447).

No Brasil, gestões municipais simpatizantes adotaram oficialmente essas práticas nos anos 1980. A cidade de Campinas (SP), foi uma das pioneiras na implementação de ambulatórios de homeopatia e fitoterapia, estimulando diretamente a implementação de práticas integrativas na rede básica de saúde no Brasil. Um levantamento em suas unidades de saúde sobre as práticas integrativas que eram utilizadas demonstrou que em 68 unidades, 52 (76,47%) apresentavam: acupuntura (oito unidades); ginástica (11 unidades); homeopatia (11 unidades); caminhadas (16 unidades); fitoterapia (vinte unidades) e Lian Gong (23 unidades), melhorando a qualidade de vida da população e contribuindo para a promoção do autocuidado (NAGAI; QUEIROZ, 2008).

Segundo Cunha (2004) na cidade de Campinas, por exemplo, o Lion Gong foi difundido para todas as equipes da rede de atenção básica. Essa atividade beneficiou tanto os usuários quanto os profissionais de saúde contribuindo para a diminuição do desgaste e do stress no trabalho. O primeiro a se tratar é o profissional. A MTC faz com que acreditemos que um profissional doente, exausto ou desequilibrado energeticamente, não se encontra apto ao trabalho curativo, à “troca de energia” entre o profissional e o paciente (CUNHA, 2004 p.137).

Nagai e Queiroz (2008) comentam que essa e outras experiências exitosas demonstraram a necessidade da formulação de políticas para que as práticas já inseridas nos serviços públicos fossem oficializadas. Citam a fala de um dos profissionais médicos entrevistados em sua pesquisa:

Existe um tropismo do profissional sanitário para as medicinas naturais e alternativas, talvez em função de um olhar diferenciado em relação à saúde das populações, um olhar menos privatista[...] Os profissionais dos serviços públicos, talvez por trabalharem mais em contato diário com a população, percebem suas necessidades e suas maneiras peculiares de lidar com os problemas de saúde (NAGAI, 2008, p.1798).

A idéia de que várias partes do corpo, como orelha, sola do pé, crânio, mão entre outras, podem representar o corpo todo, possibilitou que a MTC produzisse técnicas de intervenção específicas para cada área do corpo, como a reflexologia (massagem nos pés) e a auriculoterapia (orelha), que têm baixíssimo risco. Fora do

SUS, as corporações de profissionais estão disputando em instâncias judiciais e legislativas o acesso (ou a exclusividade) aos mercados. Dentro do SUS a valorização do trabalho de equipe e a responsabilização coletiva têm possibilitado que diversas prefeituras (como São Paulo e Campinas) iniciem projetos de qualificação de diversos profissionais com finalidade de aumentar o potencial terapêutico das equipes. É interessante notar que dentro do SUS, em uma dinâmica de equipe, adscrição de clientela e responsabilização coletiva, o discurso médico corporativo de que os outros profissionais (como enfermeiros e fisioterapeutas) executando atividades de acupuntura representariam um risco à saúde da população, fica ainda mais frágil, uma vez que é a equipe, e não um ou outro profissional, quem define o projeto terapêutico (CUNHA, 2004).

A utilização de técnicas da medicina chinesa pode assim, auxiliar e aprimorar a prevenção de doenças e a assistência às comunidades nos serviços da Atenção Primária a Saúde. Em nosso caso, a assistência ao idoso se enriquece recebendo mais alternativas de ação em busca da integralidade. Conforme Góis (2007) vivenciamos o crescente perfil demográfico da população idosa. A complexidade do processo de envelhecimento em sua heterogeneidade nos leva à necessidade de se indicar modalidades assistenciais multidisciplinares, para a compreensão e a integralidade das ações em saúde. Como exemplo podemos citar a acupuntura que “tem na sua essência a multidisciplinaridade, o que favorece uma melhor abordagem ao idoso e uma aproximação maior com a geriatria/gerontologia “ (GOIS, 2007, p.87).

2.5 A ESPIRITUALIDADE, INTEGRALIDADE E O CUIDADO

"O estudante deve ser emancipado, com tempo e oportunidade para a cultura espiritual, de modo que em seu aprendizado não seja apenas um boneco nas mãos de outros, mas um ser autoconfiante e capaz de refletir".
William Osler

Trabalhar a perspectiva de cuidar segundo a concepção de integralidade é um desafio. Mais do que um conceito, o conjunto de ações e intenções que envolvem o exercício da integralidade pelo profissional de saúde, e todos os profissionais envolvidos no processo, requer um longo caminho de aprendizado para a maturidade pessoal e gerencial (na organização dos serviços e práticas, no

planejamento), na autocrítica e discernimento para avaliar o que está certo e errado em nossas práticas (LEITE, 2006).

Segundo a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS de 2004, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à cogestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos (MS, 2004, p.5). Em poucas palavras o texto define como geralmente encontramos os profissionais de saúde em todas as instâncias do SUS. Insatisfeitos, esses profissionais não demonstram estímulo para mudanças do modelo em que foram formados. É certo que, segundo Ristow (2007):

o aspecto humanístico na formação médica, não descarta a necessária formação, como técnico, especialista e perito na arte de curar. O atendimento médico exige o conhecimento técnico especial, ao tratar o homem doente, não se descuidando, porém, dos princípios e dos preceitos de respeito à dignidade humana, tomando a si o paciente não somente considerando seu corpo enfermo, mas sua integral constituição como ser humano (RISTOW, 2007, p. 14).

No processo de cuidar, a humanização torna-se essencial. O acolhimento ressurge no cenário da atenção primária e aponta a necessidade para que se estenda o ato à todos os outros níveis de atenção. Sob a luz do cuidado, o médico escapa do embrutecimento e o grande prisma de esperança invade a saúde. A ternura para com a vida ressurge e expande a dimensão do cuidado.

Segundo Teixeira (2006) é significativo o interesse atual dos estudiosos pelo tema do cuidado, da integralidade e da espiritualidade. Os pesquisadores detectam a dificuldade do atual modelo biomédico em diagnosticar o sofrimento difuso ou a “síndrome do isolamento e pobreza” que acomete grande parte dos que buscam ajuda nos ambulatorios das redes públicas nas grandes cidades.

Este sofrimento da população, fundamentado nos determinantes sociais e espirituais da saúde, percorre outros caminhos que não os da escola médica que segue fragilmente, na tentativa de incluir matérias das ciências humanas como as novas diretrizes curriculares demandam. A fome, a violência e o descaso das

autoridades para promover as necessidades básicas da população, foram banalizadas e incorporadas passivamente ao dia-a-dia de nossa sociedade.

A espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida (QV). Panzini et al (2007) descrevem o trabalho de vários grupos interessados em como avaliar a qualidade de vida das pessoas e relacioná-la entre outros indicadores à religião e espiritualidade. Além do Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (Grupo WHOQOL), pesquisadores independentes também trabalham com a qualidade de vida (QV) como o IQOLA (International Society for Quality of Life Assessment) e o grupo de pesquisadores que construiu o SEIQOL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), criando instrumentos de avaliação. Concluem salientando que o campo da Qualidade de Vida, engloba e transcende o campo da saúde, envolvendo outras dimensões (FLECK, 2000).

No desenvolvimento desses estudos, a importância e o envolvimento das questões espirituais também estiveram presentes. Declaram que o campo da qualidade de vida pode vir a se tornar um “mediador” entre o campo da saúde e o das questões religiosas/espirituais facilitando as intervenções em saúde, espiritualmente embasadas, por pelo menos duas razões:

por ser uma área de conhecimento mais recente e, portanto, com menos preconceito em relação à pesquisa em espiritualidade/religiosidade; e por o construto qualidade de vida ser mais amplo e multidimensional, exigindo o engajamento de profissionais de diferentes áreas do conhecimento para seu melhor entendimento, tornando-o transdisciplinar (PANZINI, 2007. p.107).

Panzini et al (2007), também afirmam que seis grandes vertentes contribuíram para o desenvolvimento do conceito de QV: 1) os estudos de base epidemiológica sobre felicidade e bem-estar; 2) a busca de indicadores sociais; 3) a insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde; 4) a satisfação do cliente; 5) o movimento de humanização da medicina; e, 6) a psicologia positiva.

A abordagem da espiritualidade na anamnese dá ao encontro por ocasião da consulta médica um fator a mais de qualidade. A busca pelo divino, tanto pelo paciente quanto para o profissional, os coloca no tempo do sagrado e do cosmos. Aproxima, iguala e coloca em sintonia nossas crenças pessoais. Kovács (2007) em seu trabalho *Espiritualidade e Psicologia: cuidados compartilhados*, compreende a

espiritualidade como “busca pela compreensão do sentido da vida, da transcendência”. Para ela, a espiritualidade é uma busca humana em direção a um sentido, a uma dimensão transcendente, a uma reflexão do por que estarmos vivos. Uma tentativa de compreender uma força superior, uma figura divina. Envolve um sistema de crenças, por vezes ligadas às religiões tradicionais, “mas antes de tudo, em nosso ponto de vista, tem um elemento fundamental de construção do próprio sujeito. A fé está vinculada à força espiritual e à busca em acreditar num sentido maior.” (KOVACS, 2007p.246).

A espiritualidade é intrinsecamente ligada ao cuidado de si e do outro. Leonardo Boff (1999) fala do cuidado citando que

..mitos antigos e pensadores contemporâneos mais profundos nos ensinam que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência (BOFF, 1999, p 11).

Dessa forma uma nova ética se estabelece a partir de uma nova ótica que impele a um novo fazer. Podemos assim salientar com segurança a necessidade de mudança das práticas intervindo no processo saúde-doença do território assistido, com o cuidado, o acolhimento e o respeito às subjetividades das pessoas. A humanização da assistência e a valorização das crenças e da cultura da comunidade garantem um convívio harmônico e respeitoso entre o médico e seu semelhante.

2.6 SAÚDE DO IDOSO

[...] não há razão para se ter pena de pessoas velhas. Em vez disso, as pessoas jovens deveriam invejá-las. É verdade que os velhos já não têm oportunidades nem possibilidades no futuro. Mas eles têm mais do que isso. Em vez de possibilidades no futuro, eles têm realidades no passado – as potencialidades que efetivaram, os sentidos que realizaram, os valores que viveram – e nada nem ninguém pode remover jamais seu patrimônio do passado. Viktor Emil Frankl

A população idosa vem crescendo no mundo todo. Estimativas apontam para que em 2025, o Brasil ocupe o sexto lugar em idosos no mundo quando deve chegar a 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Segundo Mendes (2011):

o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011, p. 37).

A OMS considera o idoso a partir de sessenta anos de idade, para os países em desenvolvimento e sessenta e cinco anos para os desenvolvidos. O dicionário Aurélio da língua portuguesa considera a palavra idoso como “aquele que tem bastante idade; velho”, e a palavra velho como “muito idoso; de época remota; muito antigo ou gasto pelo uso” (FERREIRA, 2009). E nossa cultura reforça essa ideia de algo gasto, que não tem mais utilidade.

Em julho de 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) lançou a publicação “Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000”. Pelo Censo Demográfico do ano de 2000, no Brasil, 27% dos idosos são responsáveis por mais de 90% do rendimento familiar. E nos municípios com até 20 mil habitantes essa contribuição é significativa. Neles, 35% das pessoas com 60 anos ou mais de idade se responsabilizam por 30 a 50% do rendimento familiar, demonstrando a ideia equivocada que nossa sociedade impõe a essa faixa etária. Esta mesma pesquisa apontou que a proporção de idosos aposentados era maior nos municípios de menor porte, provavelmente em decorrência da universalização dos benefícios da seguridade social ocorrida durante a década de 1990 (IBGE, 2000).

Também no Censo 2010 do mesmo instituto, João Pessoa possuía 74.644 pessoas com idade acima de sessenta anos o que representava 10,2% do número de habitantes do município. Para cuidar da saúde dessa parcela da população, a Secretaria Municipal de Saúde oferece alguns espaços ao cuidado integral do idoso. Além das 181 unidades de Saúde da Família que, em sua maioria trabalha com grupos de idosos e dos 3 Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), o município disponibiliza o Centro de Atenção Integral do Idoso (CAISI) que oferece atendimento ambulatorial especializado e espaços de convivência com equipe multiprofissional. Assim também é o Clube do Idoso com espaços para cursos, lazer, e esportes e as academias de atividade física nas praças da cidade.

O Estatuto do Idoso entrou em vigor após noventa dias de sua publicação oficial, que ocorreu em 03 de outubro de 2003 e beneficia as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Segundo Vieira (2004), o Estatuto resgatou princípios constitucionais que garantem aos cidadãos, indistintamente, direitos que preservem a dignidade da pessoa humana, sem discriminação de origem, raça, sexo, cor e idade. Assim, a lei veio abraçar a estes princípios, garantindo aos idosos, proteção, facilidades e privilégios condizentes com a idade. Pelo Estatuto, os direitos dos idosos tornaram-se realidade e o dever da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público passaram de um dever moral a uma obrigação.

O Estatuto do Idoso não opera milagres e também não faz a mágica de mudar a realidade imediatamente. Entretanto, é o instrumento que faltava para que aos poucos, seja resgatado o respeito pelos mais velhos. Este dispositivo sinaliza para um amadurecimento da sociedade brasileira, que na última década avançou bastante na conquista de sua cidadania plena (VIEIRA, 2004). Em seu texto original, foram assegurados, dentre outros direitos: O direito à vida; o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade; o direito a alimentação; direito à saúde; direito à educação, cultura, esporte e lazer; direito à profissionalização e ao trabalho; direito à assistência social; direito à habitação; direito ao transporte. Observamos a sua devida articulação ao conceito ampliado de saúde.

Por se tratar de um processo comum a praticamente todos os seres vivos, o envelhecimento deveria ter suas bases fisiológicas bem mais conhecidas, à semelhança dos outros fenômenos orgânicos que caracterizam a concepção, o desenvolvimento e a evolução dos habitantes deste planeta em especial do ser humano (JACOB FILHO, 2005).

O mesmo autor ainda afirma que muitos foram os fatores que impediram o progresso desse conhecimento, mas o mais importante, indiscutível, foi a frequência com que o envelhecimento natural foi erroneamente caracterizado como um estado patológico, o que estimulou muito mais a tentativa de combatê-lo do que entendê-lo.

O aumento da longevidade da população tem trazido muitas reflexões tanto na mudança do perfil epidemiológico, quanto nas demandas aos setores da saúde, previdência, assistência social, entre outros. Observa-se a queda acentuada da mortalidade infantil, redução da mortalidade por doenças infecto-contagiosas e um aumento significativo da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não

transmissíveis. O processo de envelhecimento é acompanhado por uma série de alterações fisiológicas ocorridas no organismo, como também o surgimento de doenças crônicas-degenerativas na maioria advindas de hábitos de vida inadequados como tabagismo, etilismo, sedentarismo, hábitos alimentares incorretos, etc. (LEITE, 2012). Para o Brasil, essa mudança implica na elevação de custos diretos e indiretos para o sistema de saúde. Os gastos com as despesas hospitalares são desproporcionais e de acordo com Veras (2003) a maioria das doenças são crônicas, necessitando de medicamentos e acompanhamento de profissionais de saúde habilitados ao longo do tempo. Além disso, o modelo de assistência focado na queixa principal, pode ser adequado ao adulto jovem, mas não ao idoso (VERAS, 2003, p.707). Pelo fato de lidarmos com um grupo etário que tem crescido muito em anos recentes, existe uma enorme carência de profissionais treinados, com formação específica e cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica.

Fisiologicamente o envelhecimento tem seu início relativamente precoce, logo depois da fase de desenvolvimento e estabilização, perdurando por longo período pouco perceptível, até que alterações estruturais e ou funcionais tornem-se grosseiramente evidentes (JACOB FILHO; SOUZA, 2004).

Amatuzzi (1999), dentre outros aspectos do envelhecimento, faz uma reflexão sobre a espiritualidade na pessoa idosa como um elemento da fase adulta, que traz uma contribuição importante para sua vida. Momento privilegiado para uma análise interior, de rever e retomar o significado da vida e o tempo da fé reflexiva. A espiritualidade vem suavizar e proteger o temor da proximidade da morte e as inúmeras perdas, comuns a essa fase da vida, estimulando ao desapego. “Para alguns, é o momento de maior transcendência e entrega, os compromissos e responsabilidade com os outros diminuem “ (AMATUZZI, 1999, p.58).

A participação do idoso em nosso estudo nos coloca frente a histórias de vida e de luta que nos desafiarão rumo a nossa delicadeza e potencialidade amorosa para acolhê-los. Consideraremos o idoso como ser pertencente a um estágio do desenvolvimento humano. Como o indivíduo que traz consigo a história, a experiência, a paciência, o suporte emocional, a sabedoria, a espiritualidade, o arrimo familiar nas comunidades carentes e outros tantos adjetivos que enriquecem, singularizam a pessoa idosa e dão sentido a essa pesquisa.

CAPÍTULO III

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tendo como técnica a pesquisa-ação. Para Minayo (2004) a pesquisa qualitativa propõe a subjetividade como fundamento do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas de lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum.

Segundo Chizzotti (2008) a pesquisa-ação seguiu diversas orientações, todas visando fazerem um diagnóstico fundamentado dos fatos para se alcançar uma mudança intencional no comportamento dos indivíduos ou de uma fração da população e propor a ação saneadora ao problema enfrentado. A ação é implementada e monitorada, avaliando-se a sua execução e verificando-se os resultados da ação, para em seguida, tomar uma decisão racional sobre uma nova modificação, e estabelecer planejamento, identificação do problema e a execução de nova ação, seguida da avaliação dos resultados alcançados.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Elegeu-se como cenário do estudo uma USF que recebe estudantes de faculdade de medicina da rede privada do município de João Pessoa – PB e o próprio espaço da instituição. A Instituição de Ensino Superior - IES foi criada em 2004 encontrando-se em sintonia com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina, aprovadas pelo Ministério da Educação e Cultura - MEC em 2001. Tem como proposta pedagógica a valorização da importância da apropriação pelos estudantes dos conhecimentos teórico-práticos específicos da área médica, assim como dos fundamentos históricos, filosóficos e sociais das ciências médicas e humanas. Baseia-se também, nas metodologias que favoreçam o desenvolvimento de habilidades com ênfase nas atividades práticas de campo, valorizando o desenvolvimento de atitudes comprometidas com o exercício de uma medicina humanizada.

A citada IES possui uma média de 180 alunos matriculados que participam de atividades em sala de aula, laboratórios e nos diversos campos de estágio. Esses

estágios contemplam o internato do quinto e sexto anos das áreas de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia e Saúde Coletiva em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e Cabedelo, PB. O internato de Saúde Coletiva é realizado nas unidades de saúde da família dos Distritos Sanitários IV e V de João Pessoa; os internatos de cirurgia, ginecologia e obstetrícia nos hospitais municipais (Orto-trauma e Maternidade Cândida Vargas) e o Hospital Estadual do Trauma, todos do município de João Pessoa.

A escolha do local deveu-se ao fato da pesquisadora ser docente da instituição tendo fácil acessibilidade ao público alvo da pesquisa. Ser formadora garantindo a sua exequibilidade.

3.3 DEFINIÇÃO AMOSTRAL

A amostra, segundo a abordagem qualitativa, busca o aprofundamento e compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação. Para tal, sugere-se que os sujeitos priorizados possuam os atributos que se deseja conhecer, e que contenham o conjunto de experiências que se pretende captar. (MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2005).

Participaram da pesquisa oito estudantes do curso de medicina. Como critério de inclusão os mesmos deveriam estar cursando o quinto ano do curso, no período de internato, com atividades na USF e aceitarem participar da capacitação em MTC oferecida pela pesquisadora durante a realização deste estudo.

3.4 COLETA DE DADOS: TÉCNICAS E INSTRUMENTO

A coleta de dados foi realizada em obediência ao cronograma definido em comum acordo com a orientadora e dentro dos prazos estabelecidos pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões – PPGCR/UFPB bem como respeitando o acordo feito com a população participante do estudo, seguindo a disponibilidade dos mesmos, através dos seguintes passos:

1. Os estudantes responderam a questões relacionadas sobre a importância de uma anamnese e do diagnóstico ampliado, direcionados ao idoso através de um roteiro de entrevista semidirigida (Apêndice B). Essa ação teve o objetivo de apreender o conhecimento do estudante de medicina sobre o raciocínio da MTC e

seus atributos para uma anamnese resolutive onde são considerados vários aspectos subjetivos na consulta ao idoso. As entrevistas foram gravadas em aparelho MP3 com o consentimento dos sujeitos, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A); transcritas e depois analisadas.

2. Os estudantes foram capacitados para atuar com a Medicina Tradicional Chinesa para a abordagem, vínculo, anamnese e compreensão da anamnese e do diagnóstico na consulta ao idoso.

A capacitação foi efetuada em uma sala de aula reservada, no cenário deste estudo, constando de uma carga horária de doze horas de aulas expositivas nas quais a pesquisadora responsável fez abertura para esclarecimento de dúvidas dos alunos e a capacitação contou com mais oito horas de leitura sobre o tema. O conteúdo constou de informações sobre o Taoísmo e a maneira de pensar a natureza e sua influência no ser humano. A teoria do Yin e do Yang, os cinco elementos energéticos e suas inúmeras correlações com o corpo humano. (Apêndice C)

3. Na sequência, os alunos e a pesquisadora tiveram suas atividades de laboratório de consultas (dez horas) na Unidade de Saúde da Família, totalizando 30 horas de capacitação.

4. Foram feitas novas entrevistas semidirigidas para a apreensão de informações dos estudantes sobre o emprego da MTC na construção da anamnese e diagnóstico na consulta ao idoso. O resultado foi avaliado na perspectiva de apreender a mudança de percepção do estudante.

O tipo de entrevista semidirigida permite que os integrantes da relação (pesquisador e sujeito) tenham momentos para dar alguma direção, de modo a garantir ganhos para reunir informações segundo os objetivos propostos (TURATO, 2003). Como instrumento, foi utilizado um roteiro semidirigido previamente elaborado.

As entrevistas foram gravadas em aparelho MP3, transcritas, posteriormente analisadas.

3.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dentre as técnicas de Análise de Conteúdo, uma das que melhor se adapta à investigação qualitativa no campo da Saúde é a Análise Temática, baseada na noção de tema e a ser empregada nesse estudo (MINAYO, 2004). Ressalta-se que a análise temática desdobra-se operacionalmente em uma sequência composta por três etapas básicas que permitem organizar e melhor explorar os dados provenientes das entrevistas (MINAYO, 2004; BARDIN, 2008). O percurso analítico se fez de acordo com a sequência descrita a seguir:

Na fase de pré-análise e constituição do *corpus* foram selecionadas as entrevistas realizadas com os estudantes de medicina. Todo o conteúdo das gravações foi ouvido e em seguida foram realizadas as transcrições do material gravado de cada sujeito. Uma vez transcritas, no processo, com relação aos conteúdos, foram observadas à exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência das informações.

Na sequência fomos às fases da leitura nas modalidades: leituras flutuante, longitudinal e transversa das entrevistas. A primeira foi feita individualmente pela pesquisadora; a segunda feita pela pesquisadora e pela orientadora a qual foi seguida da discussão conduzida por elas sobre a coerência e a pertinência dos conteúdos. Na leitura transversa foi iniciada a codificação de temas com base nas unidades de registro e formulação de pré-hipóteses e codificação.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada conforme os preceitos éticos que regem a pesquisa em seres humanos de acordo com a Resolução 466/96 (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e iniciadas as entrevistas apenas após sua aprovação pelo mesmo Comitê.

3.7 FINANCIAMENTO

Todos os custos referentes à pesquisa foram financiados pela pesquisadora responsável. A Universidade Federal da Paraíba - UFPB disponibilizou referências contidas em sua biblioteca, computadores, conectivos, assim como orientadora e banca examinadora.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O PERCURSO DA COLETA DE DADOS

A apresentação da pesquisa iniciou-se com um encontro no espaço da faculdade de medicina, em dia de aula, junto aos professores e alunos da disciplina de Saúde Coletiva onde a pesquisadora explicou aos possíveis participantes do estudo os seus objetivos e suas etapas. Dez alunos demonstraram interesse em se inscrever. Foi feito o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e agendado o próximo encontro para darmos início à primeira etapa das entrevistas.

No intuito de realizar as 10 (dez) entrevistas em um mesmo dia, a pesquisadora convidou uma aluna de pós-graduação da UFPB para colaborar com a coleta de dados. A ela foram passadas todas as informações acerca do projeto e realizado um treinamento para manipulação do aparelho MP3, o qual seria utilizado nas gravações.

Previamente ao dia combinado foram reservadas três salas da faculdade de medicina, sendo uma para acomodação dos alunos e as outras duas para as entrevistas individuais. As salas se encontravam em local estratégico, em ambiente silencioso e tranquilo. Eram refrigeradas e disponibilizava água mineral a todos, com o intuito de proporcionar conforto e bem estar aos colaboradores. Nas portas foram colocados cartazes informando a necessidade da não interrupção.

As entrevistadoras estavam munidas do roteiro de entrevista, caneta, papel e dois aparelhos MP3 para gravação, sendo um segundo reservado, para o caso do primeiro falhar. Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, as entrevistadoras testaram o aparelho, seguindo o mesmo até o início de cada entrevista.

Compareceram para as entrevistas apenas oito, dos dez alunos que se disponibilizaram como colaboradores da pesquisa. A pesquisadora apresentou a proposta do sorteio para os alunos, que ficaram identificados como: EM1 (estudante de medicina 1), EM2 (estudante de medicina 2) e assim sucessivamente.

De forma aleatória, os alunos foram chamados para a entrevista semidirigida seguindo um roteiro contendo dezesseis questões (Apêndice B). As oito entrevistas foram gravadas sem nenhum tipo de interrupção e após a conclusão de cada entrevista foi realizado um agradecimento pela participação na pesquisa, e ao mesmo tempo foi agendada sua próxima etapa, que se deu através do curso, conforme previsto no projeto.

No primeiro momento do curso, a pesquisadora utilizou a ferramenta audiovisual de um filme intitulado “QuinTAO “ com a duração de noventa minutos. Esse filme versa sobre os princípios do pensamento chinês. Vários profissionais, de diversas áreas como monges budistas e terapeutas holísticos contam histórias sobre o pensamento oriental e explicam como o Taoísmo influenciou e influencia a cultura chinesa até hoje. O filme mostra a relação do homem com a natureza, seus benefícios e a maneira de pensar a saúde.

Além do filme, foram distribuídos textos sobre a medicina tradicional chinesa para leitura ao longo do curso. Os textos abordavam o processo de envelhecimento, a menopausa saudável e as bases científicas da Acupuntura (LIN,1993; WOLFE,1993; POMERANZ,1988). Os alunos também receberam um trecho da tese de doutorado da Dra. Rita Iorio de 2007, intitulada “Acupuntura no exercício da Medicina: o médico acupunturista e seus espaços de prática”, para se aproximarem do pensamento do médico brasileiro a respeito do assunto.

A segunda aula, expositiva, teve início com a apresentação de uma médica e professora da IES, sobre Anamnese e Abordagem do Paciente Idoso. Nessa oportunidade, também foram discutidas situações do idoso em espaços da saúde, acolhimento e humanização do profissional em seus diversos níveis de atenção. Logo em seguida, a pesquisadora deu início a aula de MTC. Abordou a história da medicina chinesa, o Taoísmo, a visão do processo de adoecimento e a lógica da anamnese e consequente diagnóstico.

Importante salientar a experiência do aluno em se colocar nesse raciocínio, em usar a analogia ao invés da lógica (típica do pensamento cartesiano), de modo a levar em consideração: intuição, alimentação, sentimentos, estilo de vida e espiritualidade do paciente. Olhar as várias fases da vida e o mundo de quem está em seu declínio físico e energético. Perceber perdas: de audição, de olfato, de sabor, de equilíbrio, de afetos. O declínio da sexualidade, as doenças crônicas, a medicalização e o valor do idoso no mundo contemporâneo (APÊNDICE C).

No próximo passo, as duas aulas práticas foram realizadas na USF Comunidade Tito Silva, no bairro do Miramar em João Pessoa. Os alunos foram distribuídos nas salas para o atendimento aos idosos da comunidade, supervisionados pela pesquisadora. Logo em seguida, discutiu-se os atendimentos à luz das medicinas ocidental e chinesa. O intuito era investigar o olhar do aluno em relação ao idoso que procura o serviço de saúde.

Uma semana depois, foi realizada a segunda etapa das entrevistas, quando foi repetido o mesmo formato da primeira. Salientamos aqui, fatos ocorridos minutos antes do início da entrevista: uma das alunas veio ao nosso encontro com a informação de que seu pai havia sofrido um acidente automobilístico e estava vindo do hospital. Os demais alunos participantes do estudo se apresentavam também oriundos do hospital, onde estavam apoiando a colega. Além disso, fomos informados por eles que naquele dia, todos teriam, após a entrevista, um encontro com outra professora para avaliação final de curso e baseado nestes relatos, pudemos relacionar os traços de ansiedade, tensão e nervosismo apresentados por parte dos alunos ao chegarem no local da coleta de dados.

Diante desse cenário, vendo a possibilidade de que os fatos pudessem alterar os resultados da pesquisa, sugerimos a opção para que os mesmos fossem entrevistados na semana seguinte, porém, nenhum deles manifestou-se a favor da mudança de dia. E assim, foi realizada a segunda etapa das entrevistas, sem nenhuma interrupção, finalizando a coleta de dados da pesquisa.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), modalidade temática. O material das entrevistas foi organizado para a leitura geral, leitura flutuante, levando em consideração os objetivos da pesquisa, seus questionamentos e a determinação do *corpus* da investigação.

Com um estudo mais aprofundado, iniciamos os procedimentos de classificação e categorização dos elementos constitutivos da pesquisa, com base nas unidades de registro e formulação de pré-hipóteses e codificação. Através da codificação elencamos os principais dados brutos dos textos (optamos por palavras) afim de atingirmos uma representação do seu conteúdo, sua enumeração e agregação para a escolha das categorias. Foram agrupadas por analogia, palavras com significados semelhantes em razão das características comuns destes elementos, segundo Bardin um critério de categorização semântica e um procedimento “por caixas”. Essa elaboração é de um índice, ou dicionário analógico sendo um dos meios facilitadores da categorização (APÊNDICE D).

4.2.1 A Medicina Tradicional Chinesa e a Anamnese da Pessoa Idosa

Apresentamos como unidade temática central “A medicina tradicional chinesa e a anamnese da pessoa idosa”. Trabalhamos com três categorias temáticas:

- A) Ser médico e a relação médico-paciente
- B) A anamnese da pessoa idosa
- C) O diagnóstico da pessoa idosa

4.2.1.1 Ser Médico e a Relação Médico-Paciente

“Não é o diploma médico, mas a qualidade humana, o decisivo.”

Carl Gustav Jung

Na análise dessa categoria, utilizamos as perguntas 1 (um) e 2 (dois) do roteiro de entrevista (apêndice B). Foram construídas as tabelas por aluno, para que pudéssemos observar as subcategorias mais evocadas (APÊNDICE E).

Lopes (2014) apresenta o médico como alguém que enfrenta um trabalho árduo e incansável, sendo necessário ter características especiais: que seja fundamental “gostar de gente e amar o próximo” e que seja imbuído de firmeza de caráter, senso humanístico e amor à vida. Salienta que esses atributos não são adquiridos na faculdade, mas sim em sua formação pessoal.

Acrescento à sua compreensão, a qualidade de um educador. Trabalhar com a prevenção de doenças e agravos e promover saúde faz com que esse profissional, além do ato pedagógico, amplie seu lócus de ação para além do consultório e do ambiente hospitalar. Que possa estar apto para trabalhar com saúde e não somente com a doença. Produzir saúde em outros espaços é um desafio à nossa formação e ao imaginário, tanto da sociedade, quanto dos alunos em relação à profissão. Ainda mais, se considerarmos as atribuições da profissão, de acordo com as diretrizes do novo currículo médico em seu artigo terceiro

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de

responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

O exercício de incorporar a técnica clínica à sua cidadania, priorizando a ética, respeito e consideração ao usuário é o oposto do que o mercado de trabalho médico exige hoje em dia: a gestão por resultados contrária à gestão por procedimentos.

Barreto (2009) em sua pesquisa intitulada “Ser médico: o imaginário coletivo de estudantes de medicina acerca da profissão de médico” trabalhou com 59 alunos de medicina. Cincoenta e um alunos ingressantes na graduação e oito internos do nono ano. Ao considerar o imaginário coletivo acerca da profissão de médico, conclui que há uma visão diferenciada quanto a ser médico nos dois grupos: conteúdos com intensa carga de altruísmo aos pacientes e dedicação à profissão, foram detalhados pelos primeiros anos, e preocupação pela escolha da especialidade, o individualismo e a ambição financeira, pelos ingressantes do internato. Em ambos os grupos evidenciou-se a falta de ênfase na relação médico-paciente.

Em nossa pesquisa, a respeito do que significa ser médico, os alunos evocaram a subcategoria “Conhecimento Técnico”. Na primeira entrevista, antes do curso de MTC, o termo esteve presente no discurso de três deles. Quando da segunda entrevista, mais dois dos participantes acrescentaram o termo. Em síntese: Ser médico para os participantes significa ter conhecimento. Exemplificamos com a resposta da entrevista antes do curso ofertado, com o EM2: *“Ser médico é ser uma pessoa capaz de ter conhecimento suficiente para ajudar as outras pessoas, para melhorar a saúde delas. Basicamente é isso.”*

O termo “cuidado” foi evocado por todos os alunos, tanto antes como depois do curso. O entendimento de que ser médico, é cuidar das pessoas, é unânime. O cuidado citado pelos alunos corresponde àquele referido pela Política Nacional de Humanização, distante de como diz Ristow (2007, p.13), de uma “ótica meramente humanitária, pejorativamente focada como caritativa”, apresentando um sentido maior - a visão integral do homem. O EM4 na segunda entrevista diz: *“o médico deve ser um anjo da guarda das pessoas, a gente tem que cuidar das pessoas muito bem, porque elas só procuram o médico quando mais precisam, quando estão mais fragilizadas”*.

Na segunda entrevista após o curso, evidenciamos respostas mais ricas de

conteúdo, em relação à questão sobre o que é ser médico. O EM8, por exemplo, relata: *“Ser médico é você agregar valores, conhecimentos teóricos que você faz exercer, para diminuir o sofrimento e a dor das pessoas. Tratar tanto a patologia psicológica, espiritual e a parte da patologia do corpo em si.”* Assim como o EM3: *“Ser médico é você ter um cuidado não só da saúde física do seu paciente, mas também da saúde mental. Você ter uma boa relação com ele para amparar todas as queixas dele, físicas e mentais. Como eu falei, é você conseguir através de um bom exame clínico conseguir tratar o paciente seja qual for a sua doença.”* Este aluno já acrescenta a importância da relação médico-paciente.

Durante o curso priorizamos a importância do olhar centrado no paciente como pessoa e não apenas como o portador de uma doença. A escuta atenta, o respeito pela história, os valores e crenças do outro, fazem com que se estabeleça uma relação de confiança e empatia. Esses fatores são aqueles que geram o vínculo. Vínculo que se constrói primeiramente pelo acolhimento e depois mantido pela confiança, conhecimento técnico e científico do profissional.

Ayres (2004) em artigo sobre o cuidado, conta sua experiência profissional no atendimento médico a uma paciente em unidade de Atenção Primária em Saúde. A importância do relato se refere à sua mudança de conduta na relação médico-paciente. Fugindo de sua “área de conforto” da anamnese rápida e muitas vezes repetida, o autor frente ao desgaste da relação, toma outra atitude. Estimula a paciente na busca de sentidos e significados envolvidos em sua situação de saúde e de vida. E só a partir daí verificou que, com a escuta diferenciada e qualificada pode transformar o contato da paciente consigo e com o serviço. A consulta com esta capacidade de escuta e diálogo tem sido um dispositivo de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde. O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro, implicou no sucesso do encontro terapêutico e da adesão ao tratamento.

A fragilidade desse elo na relação médico-paciente tem desencadeado inúmeros desconfortos para ambos, já que o médico vem gradualmente perdendo o espaço que ocupava principalmente no coração de seus pacientes. Sofrem todos. De um lado a arrogância de alguns colegas, a falta de tempo ou ainda a impaciência, têm cronificado um problema que, somado às enormes carências que a população vem sofrendo, se avolumam as queixas nos órgãos de representação de profissionais e nas ouvidorias do cidadão. A relação médico-paciente deve ser

mediada pela comunicação, pelas histórias, pelas dores da alma e pelo caráter social e comportamental de nossa cultura. Sem ela, não existe a base da prática clínica.

Na questão de número dois sobre a relação médico-paciente, todos os oito alunos foram unânimes em considerar que o sucesso da satisfação do paciente e do resultado do encontro, depende dessa relação. Elencamos algumas frases importantes citadas pelos alunos. O EM2 diz *“É uma relação estreita, [...] que ao mesmo tempo é delicada, mas muito firme [...] é uma relação de confiança tão grande que, ao ponto assim, de você pedir para a pessoa tirar a roupa, uma pessoa que você nunca viu, ela vai e faz, porque ela confia no que você vai fazer.”* O EM4 refere a alteridade na relação: *“de respeito mútuo, de você respeitar o paciente e o paciente lhe respeitar. E de carinho, de afeto mesmo, de você se colocar no lugar daquela outra pessoa.”*

A esse respeito Caprara e Franco (1999), citam casos de médicos que enquanto pacientes, tiveram a iniciativa e necessidade de refletir e relatar a experiência da sua própria doença. Assim reavaliarem o modelo biomédico que adotavam e/ou estavam acostumados. Um desses relatos é do neurologista Oliver Sacks. Ele conta que, em certa ocasião, quando estava passeando por caminhos montanhosos da Noruega, defrontou-se com um touro. Tomado pelo pânico, começou a correr e caiu, fraturando uma das pernas. Transformar-se de médico em paciente significou: *“a sistemática despersonalização que se vive quando se é paciente. As próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, se perde muitos dos seus direitos, não se é mais livre”* (SACKS, 1991, p. 28).

O termo “Vínculo” que agrega uma série de palavras (conforme o índice ou dicionário analógico construído) está presente na fala de todos os alunos. Os alunos têm a noção de que a relação médico-paciente é imprescindível, e para quatro deles é a essência, a base, para que o ato seja realizado. Como diz o EM6: *“é uma questão de comunicação intensa e contínua”*.

Porém, Boltanski (1989) aponta para a existência de uma barreira linguística que separa o médico do paciente pertencente às classes populares, barreira que se deve tanto à utilização de um vocabulário médico especializado quanto às diferenças que separam a língua das classes cultas, daquela das classes populares. “Se por

um lado, desautoriza-se a utilização da linguagem médica pelo leigo, por outro, são desenvolvidos e incentivados trabalhos educativos, que visam ampliar o domínio médico e "educar" o paciente a aceitar e se submeter à autoridade deste." Outro instrumento essencial a esta questão é a medicalização, que, além de atender aos interesses do mercado médico-industrial, consolida a supremacia do conhecimento médico e a dependência do paciente. Para ampliar este projeto de hegemonia, a ordem médica busca continuamente, reforços na ciência a fim de transformar as pessoas em doentes em potencial, ou suspeitos, à revelia do que elas sentem de si mesmas.

E mesmo com as respostas positivas que obtivemos, percebemos nas aulas práticas a fragilidade do aluno iniciante em relação ao trato com o paciente. Ressaltamos as palavras de Balduino (2012) em sua pesquisa, quando diz que vários estudantes não se sentem preparados na formação de vínculos significativos com os pacientes. Isso ressalta a importância da maturidade e da habilidade do entrevistador (médico), que necessita desenvolver as capacidades de escuta, de lidar com emoções negativas e de superar o medo, o constrangimento e a tensão. Também não podemos deixar de constatar um dos maiores problemas dos serviços públicos de saúde hoje em dia, que vem confirmar as palavras de Hafner (2010), quando refere que diante da precarização dos serviços frente às demandas reprimidas, o profissional que dedica uma atenção maior a um usuário, "pode ser pressionado para atender a um número maior de casos, comprometendo assim a qualidade dos atendimentos."

Frente a tudo isso, Gomes (2014) elenca algumas definições acerca do que é "Ser médico", reproduzindo a voz da sociedade atual: "Um sujeito inacessível, rancoroso, rico, grosseiro que só anda atrasado ou apressado" ou "Um dom divino, que iluminado só faz o bem".

Um técnico em conhecimentos de anatomia, fisiologia, farmacologia humana ainda tentando entender o indecifrável [...] um grande individualista que só pensa em resolver seus problemas e exibir seu grande poder material; um profissional assalariado que pensa ser capaz de resolver tudo sozinho [...] um letrado com todos os cursos e formações, que sempre é vedete e estrela em tudo que faz; um solitário e confuso profissional que pensa que sabe o que faz e quase nunca faz o que pensa; um diplomado habilitado para concorrer no mercado de trabalho com maiores chances de não ficar desempregado (GOMES, 2014).

Os alunos da pesquisa demonstraram, em relação às duas primeiras questões, que encontram-se, apesar da imaturidade inerente às suas idades: em construção do conhecimento técnico para o cuidado com as pessoas; um esboço ainda frágil do que é importante para uma relação médico-paciente e; o entendimento das exigências do processo de trabalho por resultados tanto das unidades da Atenção Primária quanto nos ambulatorios e salas de emergência. Ainda percebemos um caminho longo e difícil na mudança do modelo, para atingirmos as necessidades do novo currículo médico em face das demandas apresentadas pela população.

É certo que uma análise profunda das causas possíveis dessa fragilidade, passa pela formação médica, pelas ofertas de Residências Médicas, pelas oportunidades de trabalho, suas condições, remuneração, enfim um contexto social caótico que precisa ser repensado. Mas há algo especial que nos alimenta no dia-a-dia: o amor, sem o qual ninguém sobrevive, e é com esse sentimento que a grande maioria de nós, faz renascer seus talentos todos os dias. Enfrentamos diariamente todos os tipos de problema nessa profissão, no empenho em minimizar o sofrimento alheio e nossas próprias frustrações.

E o lidar com o outro não tem segredo. Trata-se na maioria das vezes apenas de educação, das boas maneiras e do respeito ao ser humano. Somos treinados a observar, analisar, buscar conceitos e conhecimentos, aplicar fórmulas e técnicas, de maneira rápida e eficiente. Mas não podemos deixar de aplicar a generosidade, a disponibilidade que assegura a eficácia das nossas condutas profissionais e pessoais. Comte-Sponville (2000), fala da generosidade humana como atitude libertadora. O homem generoso não age apenas movido por seus interesses e afetos, não é prisioneiro deles. “Ao contrário, é senhor de si.” A generosidade está além de qualquer texto, de qualquer lei, unicamente de acordo com as exigências do amor e da solidariedade. Há inúmeras literaturas que trazem verdadeiros tratados legais, enunciando direitos e deveres dos médicos e dos pacientes, mas nada se compara às leis que vêm da alma e do coração.

4.2.1.2 A Anamnese da Pessoa Idosa

“Humanos são primatas contadores de histórias. Tudo o que dizemos é sentido em um nível muitíssimo mais profundo, quando é

contado sob a forma de história. Os primeiros textos religiosos são histórias com pessoas e deuses e forças, e tudo mais que dá sentido àquilo, e assim por diante. Então, uma coisa que estou tentando fazer, é lembrar aos cientistas que eles precisam contar uma história". Shermer, 2012

Na anamnese da pessoa idosa, utilizamos as perguntas de número 3 (três), 4 (quatro), 9 (nove), 11a (onze), 12 (doze) e 16 (dezesesseis) do roteiro de entrevista (apêndice B). Foram construídas tabelas por aluno, para que pudéssemos observar as subcategorias mais evocadas (APÊNDICE F).

A anamnese tem como um de seus fundamentos o alcance de uma boa relação médico-paciente, que objetiva o vínculo, a adesão ao tratamento, a confiança e maior fidedignidade das informações prestadas pelo paciente. Pela maneira como a disciplina de Semiologia vem sendo desenvolvida, a relação médico-paciente e a anamnese, continuarão fadadas ao fracasso presenciado nos prontuários e na fala dos usuários. Quem já não ouviu a queixa: "Ele nem olhou na minha cara"! Somente a anamnese bem realizada faz em torno de 60% dos diagnósticos clínicos. Quando associada ao exame físico, a acurácia aumenta para perto de 80%. Essa associação possui a vantagem de indicar corretamente o melhor exame complementar a ser solicitado, com reflexos econômicos imediatos, principalmente para o setor público (BENSEÑOR, 2006). O abandono da propedêutica prejudica enormemente a relação médico-paciente, pilar fundamental da formulação do diagnóstico clínico correto.

A importância de se estabelecer uma relação de empatia entre o profissional de saúde e o paciente, é o primeiro passo para o sucesso da clínica e favorecem o diagnóstico e o tratamento do médico. Ao invés da coleta de dados da forma como vem sendo apresentada, que seja construída uma história. Atualmente, salvo raras exceções, os casos clínicos apenas valorizam os dados biomédicos. Segundo Charon (2001, p. 1898), "a medicina cientificamente competente por si só, não consegue ajudar o paciente a lidar com a perda da saúde ou encontrar sentido no sofrimento. Os médicos precisam ter a habilidade de ouvir as narrativas do paciente, entender e honrar os seus significados". E a partir daí, apresentar a importância de condutas e tratamentos estabelecidos.

Foi percebido pelas entrevistadoras na fala trazida pelos participantes do estudo, que os mesmos não souberam contar como aprenderam a fazer uma anamnese. Não relacionaram as idéias que lhes foram passadas ao que já sabiam ao que já existia em suas estruturas do conhecimento, promovendo uma aprendizagem que tivesse um significado maior. Apenas discorreram sobre identificações e siglas puramente memorizadas, como se uma ficha tivesse que ser preenchida mecanicamente. Os termos: queixa principal, perfil, antecedentes pessoais, familiares, e história clínica foram repetidos por todos eles e da mesma forma.

A fixação do estudante ao roteiro descrito nos livros compromete a dinâmica inerente ao processo de encontro com o paciente. A entrevista passa a ser rígida, assumindo às vezes o caráter de um interrogatório maçante, o que impede uma comunicação mais plena, fluente e empática. Muito frequentemente os estudantes ignoram o jeito simples de conversar, usando um roteiro tradicional como um guia de entrevista médica. Esse apego ao roteiro da anamnese faz com que os estudantes tendam a fazer questões fechadas, sem a liberdade de expressão necessária, interrompendo a fala do paciente e apenas focando nas informações biomédicas do relato (BALDUINO, 2012).

Ayres (2001), a respeito da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, refere que desejamos àqueles que assistimos que se tornem sujeitos de sua própria saúde. Porém, a crise paradigmática entre o caráter relacional e o caráter individualista, faz com que seja criado entre o sujeito-profissional de saúde e o sujeito-população, um vazio. Um dos mais poderosos meios de comunicação entre os sujeitos e os mundos é a linguagem. E através da linguagem, é que podemos ser compreendidos. O autor refere ainda que, podemos afirmar que sujeitos são diálogos. Se não estabelecermos esse diálogo, a relação está fadada ao fracasso. Fracasso na relação e na consequente adesão às nossas propostas. Em nossa pesquisa, a maioria dos alunos diante das questões, não titubeou em responde-las ou acrescentou algum formato ou abordagem diferente. Enfim, não transformaram a anamnese em um diálogo, em uma conversa prazerosa e intimista.

Uma das subcategorias mais evocadas nas entrevistas, por sete dos oito alunos, foi a do “Tipo de Atendimento”. O termo tem a ver com o local e o tempo da consulta médica. Notamos um certo “incômodo” dos alunos por se sentirem impossibilitados em estender a consulta. Ouvimos como justificativa muito utilizada

para a consulta rápida: a questão do tempo (*“de ser muito corrido, ter muita demanda”*), tanto no espaço do hospital quanto no da Atenção Primária. No hospital, justificado pela emergência dos casos a serem resolvidos. Já na Atenção Primária, referiram uma demanda grande de usuários. O EM2 em consulta nas aulas práticas desabafou mostrando a anamnese solicitada: *“a senhora está vendo esta folha que eu preenchi? Jamais teria tempo na unidade de saúde em que cumpro estágio, de fazer a mesma coisa. Isso é impossível!”*. O EM4 falando sobre a falta de tempo diz: *“você tem assim dez minutos para fazer anamnese, examinar o paciente, diagnóstico, tratamento, fazer a consulta inteira, no máximo! Porque as vezes a gente tem uma manhã para atender vinte pacientes. Então, por mais que a gente queira fazer o roteiro completo não tem condições. A demanda é muito grande”*.

Segundo vários pareceres dos Conselhos Regionais (CREMERJ n. 10/91; CREMEC n. 10/98; CREMEC n. 24/2002) e Federal de Medicina o tempo necessário para uma consulta médica é o ideal para o médico realizar anamnese, exame físico, diagnóstico e tratamento. Nenhum órgão ou entidade tem competência para definir este tempo. Não existe legislação para esse ato. O CFM em parecer consulta N° 30/90, sobre o assunto, conclui que não deve ser da competência de nenhum órgão ou entidade a determinação do número de atendimentos médicos, para qualquer carga horária, em qualquer especialidade. E que o tempo de duração de cada consulta, não pode ser determinado por instruções, mas pelas circunstâncias que cada caso clínico requer. O que não pode persistir, é a consulta rápida pela falta de interesse, de desconsideração ou pela pressão das instituições públicas e privadas focadas na produção. Seja pela falta de condições na qualidade dos espaços, na falta de insumos e de recursos humanos.

O diálogo com os pacientes, pelos relatos dos alunos, é pautado predominantemente pela exploração dos sinais, sintomas e manifestações laboratoriais dos agravos. Uma prática repetitiva, sem dar conta das singularidades inerentes ao encontro médico-paciente. Diante disso, Caprara e Rodrigues (2004) comentam que as consultas médicas desenvolvem-se em curto tempo, mesmo na Atenção Primária a Saúde, favorecendo um encontro superficial entre o profissional de saúde e os seus pacientes.

Frente à essas observações, apontamos algumas fragilidades existentes nos serviços de saúde que impedem o bom funcionamento do SUS. Geralmente existe a falta de compromisso e desconhecimento dos gestores municipais na implantação e

implementação de ferramentas que possibilitem, o fortalecimento da humanização da assistência, do vínculo e do cuidado. Uma das ferramentas proposta pelo MS é o acolhimento com classificação de risco. O acolhimento propõe: 1) a organização do serviço centrado no usuário, atendendo e promovendo o acesso à todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; 2) a reorganização do processo de trabalho focado nas equipes multiprofissionais e de acolhimento, que se encarregam da escuta do usuário, com o compromisso de resolver seu problema de saúde com respeito e solidariedade (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Para isso é necessário um ambiente acolhedor e profissionais qualificados, para atenderem às necessidades do usuário, desde a recepção até o consultório do médico.

Muitas vezes a dificuldade se inicia pela distância de acesso ao serviço e sua estrutura física inapropriada. Grande parte das unidades de saúde estão localizadas em prédios residenciais adaptados para serem unidades básicas e pronto atendimento. O investimento público em construções próprias para o setor saúde é precário. Muitas vezes os profissionais se revezam em salas improvisadas sem o conforto necessário para o atendimento. A desvalorização dos trabalhadores da saúde e a precarização das relações de trabalho, também são um agravante para o fracasso da relação do profissional com a comunidade. Soma-se a isso, o baixo investimento nos processos de educação permanente em saúde dos trabalhadores e a pouca participação dos mesmos na gestão dos serviços. Outro motivo que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2010).

O modelo atual do sistema de saúde em termos de estrutura, não tem colaborado para que ocorra uma anamnese detalhada e sob um olhar holístico. Tanto o sistema público quanto o privado transferem suas demandas para outros serviços e especialidades na intenção de agilizarem seus fluxos. Sabemos que temos muito do olhar capitalista – tecnicista por trás das respostas que obtivemos nas entrevistas, assim como a própria história geral nos mostra. Porém também precisamos fazer a crítica ao sistema, que teoriza baseado na integralidade e não proporciona meios e recursos, para que o profissional possa melhorar o seu olhar e a sua conduta com o paciente. E na maioria das vezes o ônus é da população.

Questionamos diante do modelo apresentado, até que ponto os alunos de medicina do nono ano têm qualificação e convicção da importância de fazer uma anamnese detalhada, com um olhar diferenciado. Segundo Balduino (2012), a

formação centrada na interpretação de exames e prescrição de medicamentos, não corresponde às expectativas e anseios dos pacientes, “que querem entender e dar significado às próprias histórias”. Também ressalta que para identificar e relacionar a doença coma história de vida do paciente, o estudante deve ser capaz de realizar uma anamnese onde, as perguntas sejam formuladas adequadamente. E que haja uma reflexão sobre o impacto das questões e sobre a qualidade da relação com o paciente.

A subcategoria “Antecedentes pessoais” foi evocada por cinco alunos na entrevista pré curso. Porém, na segunda entrevista, foi evocada por sete alunos e praticamente dobrou sua frequência, demonstrando que houve um interesse maior na importância dadas ao conhecimento da pessoa. Os antecedentes pessoais em uma anamnese abrange: a importância de suas condições de nascimento; locais de moradia; forma de crescimento; altura nas diversas idades; idade em que andou; suas primeiras palavras; o desenvolvimento em relação aos irmãos; patologias físicas e mentais. Dentro dessa subcategoria, o estilo de vida saudável implica na importância da verificação dos hábitos alimentares, uso de álcool ou outras drogas e a atividade física regular. Segundo BURINI (2005), o estilo de vida constitui o principal fator de risco para mortalidade de causas cardiovascular, metabólica e neoplásicas. Dentro do estilo de vida a alimentação e a atividade física, constituem os principais determinantes da obesidade e esta, o principal fator de risco para doenças crônico-degenerativas. Negrão (2000) ressalta que a prática regular da atividade física, constitui-se em um grande benefício na prevenção de doenças e nas várias comorbidades da obesidade, notadamente na hipertensão arterial, hiperglicemia e resistência à insulina. Dessa forma, um estilo de vida saudável e ativo, com consequente aumento da capacidade física, pode atenuar o risco de morbidade e mortalidade em indivíduos com sobrepeso ou obesos.

Sabemos como é importante para o idoso sua relação com a família. Tanto na esfera do cuidado às vulnerabilidades quanto na influencia emocional que exercem. Apesar disso, apenas três alunos, após o curso, citaram a importância da família na vida do idoso (subcategoria Relacionamento Familiar). Motti (2007) vê essa relação como indispensável para sua saúde física, mental e espiritual. O idoso é reconhecido como o principal membro, pois representa a história daquela família. É nela que o idoso depende de cuidados, apresenta a sua maneira de ser e acaba por envolver a família em torno de si. Leva os mais jovens a olhar não só para si, como também

para tudo a sua volta. É neste momento que observamos o carinho dos netos ou mesmo de um filho para a mãe idosa. E é no seio familiar que são decididos como o idoso vai ser cuidado e quem será o seu responsável.

Nem todo idoso tem um cuidador ou necessita dele. Mas, na questão de sua vulnerabilidade, verificamos como o jovem aluno apenas visualiza as deficiências e fraquezas de quem envelhece, sem conseguir ver a pessoa de uma forma ativa. Exemplificamos com a fala do EM3 quando diz *“É como se fosse realmente uma criança que não sabe direito falar quais são os sintomas que está tendo. Ele tem uma certa confusão, e que esse acompanhante tem que triar, balancear o fato se ele realmente pode ou não dar essas informações pra gente”*. Segundo BATISTONE (2007), a vulnerabilidade do idoso envolve três planos: biológico/individual, social e programático/institucional. O termo “vulnerabilidade” tem sido utilizado para se referir aos idosos com susceptibilidade para desenvolver incapacidades. Rodrigues e Neri (2012), refere que o desenvolvimento dessas incapacidades é consequência da qualidade de vida do idoso ao longo de sua vida. Pessoas expostas a grandes carências durante a infância e a adolescência, têm seu desenvolvimento prejudicado por danos acumulados que irão refletir em suas condições físicas, atitudes e demais elementos pertencentes ao domínio de vulnerabilidade.

Discorrendo sobre a subcategoria “Subjetividade” que foi amplamente discutida em aula expositiva, observamos um aumento de evocações na segunda entrevista, porém apenas por quatro alunos. Encontramos na resposta do EM2 na segunda entrevista: *“um fator que diferencia a anamnese do idoso da anamnese do não idoso é que a gente tem que focar bastante a questão do ciclo de vida: a questão familiar, que na grande maioria das vezes, a gente pega um paciente, e as patologias estão relacionadas com os distúrbios da família, conflitos e a questão do envelhecimento. Então é uma pessoa que a gente tem que focar menos na doença e mais, vamos dizer assim, no estado de espírito dela”*. Fora o aluno em questão, constatamos a falta de conhecimento da vida e dos problemas mais comuns do idoso. A inexperiência de vida do aluno reforça as palavras de Tapajós (2008) quando coloca como necessária a preparação psicológica do aluno dentro das escolas médicas. Refere que professores com formação tradicional tendem a privilegiar a cognição, a racionalização do conhecimento teórico. E deixem de lado competências adicionais como: os valores éticos da profissão; o pensamento crítico

e reflexivo; o reconhecimento do contexto social, entre outras. Sugere que para viabilizar uma abordagem que integre habilidades clínicas e comunicativas, necessita-se da criação de espaços onde professores e alunos reflitam sobre seus modelos e valores.

Apesar disso, Oliveira et al (2012), em sua pesquisa sobre a expressão emocional em idosos, concluem que no processo de envelhecimento há uma manutenção do funcionamento emocional. Coexistem nesse processo, o envelhecimento e o desenvolvimento, que determinam mudanças evolutivas identificadas como perdas e ganhos. Instaura-se um processo de resiliência onde verifica-se que o autorrelato dos idosos a respeito de sua competência em manejar emoções, é mais frequente do que entre os jovens.

Fica evidente que esses jovens alunos de nossa pesquisa não foram seduzidos e estimulados em sua percepção, sua curiosidade de pesquisador, às mudanças nos diversos ciclos de vida. Não somente aos idosos assistidos, mas também em relação às pessoas mais velhas de suas famílias. Na fala do EM10: *“Geralmente, é algo robótico, a gente faz um mesmo tipo de pergunta para uma criança, faz para um idoso, faz para um adulto, mulher, homem, porém sempre tentando focar o que? na problemática dele”*. A vida do idoso contempla várias características em relação: às queixas, fragilidades, carências, solidão e a exclusão tanto familiar quanto social, que não poderiam ser esquecidas. Na fala do EM3 também se desconsidera a fala do idoso quando diz: *“e acredito que sempre na anamnese do idoso, no caso é importante ter um acompanhante [...] tendo esse porém, de perguntar sempre à pessoa que está acompanhando o idoso”*.

Isso evidencia um olhar desfocado em relação ao idoso como se o mesmo não tivesse autonomia ou expressão própria. Quatro alunos referiram o idoso como alguém com déficit cognitivo importante, dificultando a consulta. O EM4 diz: *“geralmente não se escuta o paciente idoso, ele geralmente vem com um acompanhante e o acompanhante diz o que ele tem.”* Essa compreensão aconteceu em 50% dos alunos. Isso nos reforçou a leitura de que os alunos estão em total sintonia com a nossa sociedade, em relação ao valor dado às pessoas após os sessenta anos. A autonomia constitui um elemento fundamental para a manutenção da saúde do idoso, sendo esse um dos objetivos da Política Nacional do Idoso - PNI. Pires (2001) relata que a maioria dos idosos entrevistados em sua pesquisa, é autônoma e capaz de realizar suas atividades cotidianas, mesmo apresentando

alguma doença crônico-degenerativa. A família exerce uma função importante na manutenção dessa autonomia e também na capacidade de decisão do idoso. Veras et al (2013) reforçam a necessidade da manutenção e melhoria da capacidade funcional do idoso, com o fortalecimento de políticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde. O autor não vislumbra a melhoria do cenário atual, sem uma abordagem preventiva e integral que associe a reflexão sobre o quadro epidemiológico e o planejamento de ações de saúde.

Para exemplificarmos as subcategorias Tipo de Consulta, Relacionamento Familiar e Subjetividade citamos a fala do EM2: *“Na pessoa idosa, existe um ponto positivo e um ponto negativo. O ponto positivo é que o idoso é bem mais receptivo, gosta de conversar, ele quer criar um elo, ele quer criar um vínculo. E ao mesmo tempo, isso se torna negativo porque aquelas pessoas que conversam muito, que não focam no problema, (as vezes falam do pai, da mãe, do filho, da nora), falam de todo mundo então a gente tem que estar direcionando sempre a conversa para a queixa principal dele.”* O despreparo no entendimento das subjetividades e da importância da influência das relações familiares na vida de qualquer pessoa, demonstram a imaturidade do aluno do quinto ano, prestes a ter um CRM.

Dos oito alunos, sete evocaram a subcategoria “Especificidades do idoso”. Os alunos vêm a consulta com a pessoa idosa, como sendo mais difícil e detalhada. Referiram por várias vezes a fragilidade na comunicação, na forma de expressão, do relato dos sintomas e sinais. Como diz o EM9: *“A anamnese no caso é bem complicada na pessoa idosa né? Até pela dificuldade de conversação com o paciente, ele não consegue muitas vezes expressar o que está sentindo. Então é um diagnóstico que precisa ser mais elaborado”*. Referem que o idoso em geral é poliqueixoso e prolixo, divagando nas respostas como se tivesse um déficit cognitivo e dependesse de acompanhante para a veracidade e foco das informações.

Apenas o EM3 referiu os maus tratos contra o idoso. Um problema sério e quase desconhecido. Os maus tratos, as agressões, as várias formas de violência contra o idoso. Segundo Minayo (2005), em muitas sociedades, diversas expressões dessa violência, frequentemente são tratadas como uma forma normal e naturalizada de agir, ficando oculta nos usos, nos costumes e nas relações entre as pessoas. Mais do que isso crescem o número de denúncias sobre abandono, negligência, abusos financeiros, físicos, psicológicos e sexuais.

A notificação de violência contra os idosos e outros ciclos de vida, ainda é recente. É ainda praticada com muito receio pelos trabalhadores da atenção primária. A equipe de saúde confunde notificar ao setor saúde com denunciar aos órgãos da segurança pública. Por esse motivo há uma subnotificação de maus tratos nas comunidades assistidas pela Saúde da Família.

Cavalcanti e Sousa (2010) confirmam em sua pesquisa que o primeiro passo da equipe de saúde, é tentar ajudar o idoso em relação à sua família. Porém, ao se esgotarem as possibilidades de interação e solução junto aos familiares, é realizada a denúncia ao Ministério Público ou à Delegacia do Idoso, desde que em concordância do idoso. Mas, frequentemente “o vínculo de parentesco, afeto ou consideração entre a vítima e o agressor constitui um obstáculo.”

Motta e Caldas (2011), no estudo Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros, observaram que os profissionais da atenção básica expressam certo grau de banalização da atenção ao idoso, como se somente a atitude de acolhimento fosse suficiente, deixando para segundo plano, os demais conteúdos de sua vida.

Finalizando, gostaríamos de ressaltar algumas evocações pontuais e importantes de alguns alunos. Primeiramente a evocação da subcategoria Alteridade, que vem do EM3 e EM4, os únicos a trazerem essa temática. A alteridade implicando em que um indivíduo seja capaz de se colocar no lugar do outro, em uma relação baseada no diálogo e na valorização das diferenças existentes: *“Eu acho que entender o idoso, entender a cabeça dele, entender o que ele está pensando, entender o que se passa assim naquela cabeça, entender também que ele já viveu muita coisa, certas experiências também. Então até para nós também, saber que um dia a gente chega lá. Sempre se colocar no lugar da pessoa que a gente está atendendo, no idoso que a gente está atendendo. Que geralmente é uma população mais esquecida, que é mais maltratada, entre outras. Então, eu acho que o imprescindível no diagnóstico, do idoso, é entender, se colocar no lugar e tentar raciocinar clinicamente qual o diagnóstico possível”*.

O EM4 destaca também, tanto na primeira, quanto na segunda entrevista a subcategoria “Reflexão”. A importância do profissional que após a escuta qualificada, os questionamentos detalhados, reflete sobre o que viu, faz conexões com os valores da cultura e com a vida em seus diferentes ciclos. Como diz: *“...a gente tem que pensar, tratar o paciente com respeito. Não concordo naquela história de*

chamar de vovozinho, eu acho que o paciente tem que ser chamado pelo nome [...] tem que ser escutado porque as vezes a gente não escuta, geralmente não se escuta o paciente idoso”.

O mesmo EM4 quando evoca a subcategoria “Amor” usa de várias maneiras o seu jeito de cuidar: *“O idoso necessita de carinho, de afeto mesmo. Você se coloca no lugar daquela outra pessoa. Quando cuidamos, tratamos. A gente faz de uma forma mais clara. Usar mais desenhos, esquemas, de uma maneira que ele entenda, para participar do tratamento. Porque às vezes os médicos fazem as receitas, dão para o acompanhante e esquecem que paciente idoso pode participar do tratamento. Então você coloca, de manhã o senhor vai tomar tal, tal, tal, fazer um “esqueminha” de medicação pra ele se tornar o próprio cuidador dele, sob a supervisão de outra pessoa”.*

O EM10, também nessa subcategoria dispensa esse carinho e compreensão quando diz: *“Geralmente, os idosos chegam com diversos tipos de problemas. Porém aquele problema não é a chave dele estar lá. Geralmente, ele está lá por falta de carinho, falta de alguém para conversar, falta de alguém olhar para ele de forma diferenciada. A doença é só um motivo para ele estar lá [...] Apenas com a conversa, ele já sai sem dor, sem nada do ambulatório”.* Meyer e Lopes (1998) afirmam que na consulta ao idoso a demonstração de afeto é identificada como sendo uma forma de expressão do cuidado que envolve amor, carinho e amizade, que são formas de atenção para com o outro e para o que se faz. Revelando assim o interesse, o zelo e a importância para com o outro.

Observamos na participação dos alunos na segunda entrevista que, através do curso, pudemos levantar aspectos do mundo do idoso, seu entorno e subjetividades que não foram evidenciados na primeira entrevista. Os alunos foram sensibilizados, apresentando de uma forma tímida porém real, a melhoria do olhar sobre a anamnese.

4.2.1.3 O diagnóstico da pessoa idosa

“ Ouça o que o paciente diz, ele lhe contará o diagnóstico ”

William Osler

Na análise dessa categoria, utilizamos as perguntas 5 (cinco), 6 (seis), 7 (sete), 11b (onze b), 13 (treze) e 15 (quinze) do roteiro de entrevista (apêndice B). Foram construídas tabelas, por aluno, para que possamos observar as palavras que mais foram evocadas (APÊNDICE G).

A semiologia é a arte, a ciência metodizada do diagnóstico clínico, requisito indispensável para a terapêutica e o prognóstico (RODRIGUES, 2003). O diagnóstico é o resultado de um conjunto de informações, obtidas na relação médico-paciente instituída. Informações estas, sobre a anamnese, exame físico e se necessário, resultados dos exames complementares efetuados (laboratoriais, de imagem e anatomopatológicos). Mais do que o exame físico e os exames complementares, a anamnese é essencial para a formulação diagnóstica e para o estabelecimento das condutas médicas. O efeito psicológico positivo gerado pelo acolhimento e escuta do paciente, é uma das ferramentas que promove o sucesso à adesão do tratamento e sua recuperação, principalmente nos idosos. Uma das dificuldades que o médico hoje se defronta, é o “desleixo” com que as escolas médicas estão cuidando da formação semiotécnica, implicando na necessidade de uma revisão dos propósitos e dos métodos de ensino da Semiologia (SANTOS, 1999).

Em busca da melhoria na formação semiotécnica do aluno de medicina, Marco et al. (2009) descrevem a experiência desenvolvida na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Foi introduzido a partir de 2004, o curso de Semiologia Integrada no programa do segundo ano do curso médico. Este curso contou com a participação conjunta dos professores de Psicologia Médica e de professores de diferentes áreas da Semiologia (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Geriatria). O intuito foi de apresentar ao estudante, um modelo que integrasse os aspectos biológicos, psicológicos e sociais no processo de adoecimento.

A dissociação e a fragmentação dos programas de ensino em medicina, ficaram evidentes quando, os alunos que passaram por essa formatação relatavam criticamente como percebiam, que no treinamento de colegas que frequentavam anos mais avançados, a preocupação com os aspectos psicossociais, o vínculo e a comunicação estavam praticamente ausentes. Foi evidenciado assim, que nos anos posteriores nas clínicas específicas, o aluno se defrontava com uma visão e uma prática focalizadas somente na doença e basicamente nos sintomas e aspectos físicos. A experiência vivida na UNIFESP, é comum à maioria das escolas médicas brasileiras. Franco et al (2005), reforçam a dimensão psicossocial como sendo

indispensável para a efetivação da integralidade e necessária como componente essencial à prática médica. A desqualificação ou a indiferença frente a essa dimensão pode representar uma condição favorecedora à medicalização e assim permaneceremos no modelo obsoleto que forma técnicos para atenderem aparelhos e sistemas.

Além disso, a cada dia mais, a sofisticação e oferta dos exames complementares, o tempo mínimo de consulta citado pelos alunos dessa pesquisa e a ansiedade do paciente pelo fechamento de seu diagnóstico, fazem com que o profissional sinta-se propenso a solicitá-los. Acrescentamos a esse fato a presença de patologias múltiplas, particularmente crônicas nos idosos, causando assim, a solicitação de um número maior de exames complementares, quer laboratoriais ou de diagnóstico por imagem (VERAS, 2003).

Na medida em que o acesso ao consumo é visto como o objetivo principal, ter boa saúde implica em ter às mãos as tecnologias diagnóstico-terapêuticas (BARROS, 2002). E como decorrência inevitável do aprofundamento do conhecimento dos “pedaços” do organismo, aparecem as super especializações desbancando o antigo clínico geral e, conseqüentemente, a relação médico-paciente se dilui.

Neste estudo, percebe-se na maioria das entrevistas a dificuldade na oratória e comunicação dos alunos. Incrível e irônica coincidência, quando grande parte deles reclama que o idoso não sabe se expressar, interpretando isso como uma infantilização da pessoa idosa. Pela resposta à questão que se refere ao seu entendimento sobre o diagnóstico, fica visível essa dificuldade de conceituação. O EM3 em seu entendimento diz: *“Diagnóstico é a doença que causa sintomas que o paciente está tendo. É a doença de base dele. É eu triar os sintomas que ele está tendo para eu definir uma doença”*. Assim como o EM4: *“Diagnóstico é o que você diz que aquele paciente tem, naquele exato momento. Diagnóstico pode mudar também e, não necessariamente é apenas um diagnóstico.”* Como podemos observar, não fica claro para os alunos, a definição de diagnóstico. Conceito simples e ordenado de uma das funções primordiais do profissional médico, que deverá além de outros atributos, possuir o conhecimento, a sensibilidade e a curiosidade na investigação de um caso.

É pacífico, pelo número de evocações de todos os alunos, que a anamnese é importante para a construção do diagnóstico. Mas a anamnese que fazem,

mecanicamente. Como diz o EM10: *“Geralmente, é algo robótico, a gente faz o mesmo tipo de pergunta para uma criança, faz para um idoso, faz para um adulto, mulher, homem...”*. Nas palavras de Alessi (2014) a causa mais frequente de erro no diagnóstico é uma história clínica mal colhida. Como a anamnese é feita com certa rapidez, o exame laboratorial faz o papel de complemento, e é sempre requisitado pelo usuário como se esse fosse um dado relevante à frágil relação médico-paciente. Quanto menos se utiliza a anamnese e o exame clínico, mais são solicitados exames complementares (BENSEÑOR 2006). E os resultados fornecidos pelos exames complementares, nunca corrigem as falhas e omissões cometidas na anamnese. Somente a anamnese permite ao médico uma visão do conjunto do paciente, “habilidade indispensável para a prática de uma medicina humana” (ALESSI, 2014). E finalizamos com o EM9 que faz o contraponto reforçando a importância da anamnese para o diagnóstico quando diz: *“O diagnóstico é feito através de uma boa anamnese, onde através dela nós já conseguimos fechar uma grande parte do diagnóstico. Quando nós não conseguimos através apenas da anamnese, nós usamos, do exame físico e de exames complementares.”*

Cinco de oito alunos fizeram menção à importância da subcategoria Determinantes Sociais, tanto na primeira quanto na segunda entrevista. Os alunos citaram a habitação e a cultura como condicionantes da saúde das pessoas. Fica evidente que quando se fala em promoção da saúde, intersetorialidade e hábitos de vida saudável, o aluno remete apenas à teoria e não faz a conexão entre esses fatores e a doença. Geib (2012), afirma que as circunstâncias sociais e econômicas desfavoráveis também afetam a saúde ao longo da vida, tornando a saúde dos idosos ainda mais frágil frente ao acúmulo de exposições aos fatores de risco. Os fatores sociais determinantes das desigualdades na saúde são: condições de vida e de trabalho, condições socioeconômicas, culturais e ambientais; redes sociais e comunitárias; comportamentos e estilos de vida.

Após o curso de MTC, seis alunos referiram a subcategoria Espiritualidade como prática e sentido importantes na vida do idoso. Citamos como exemplo a fala do EM3 que destaca: *“...as pessoas que mais procuram a fé, que mais procuram religião para tentar conseguir uma espiritualidade, uma maior força de viver são os idosos, então assim, é uma coisa que eu admiro neles”*...[...]. *O médico no caso tem que entender e acreditar também e fazer o paciente acreditar e até aumentar a espiritualidade dele. Já existem alguns artigos aprovados, que aumentam a*

imunidade e que assim a pessoa precisa acreditar e que possa conduzir melhor o caso conforme a fé do idoso.” O aluno demonstra um conhecimento nas pesquisas realizadas em vários países sobre a melhoria da imunidade pela relação do paciente com sua religiosidade, fé e emoções como já descrito anteriormente.

Os instrumentos científicos de pesquisa da OMS, usados para avaliar a qualidade de vida, têm apresentado com importância as crenças espirituais, estando presente no formulário da WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Instrument*). Apresentam como determinante da qualidade de vida, o módulo “espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais” (WHOQOL-SRPB). “Isso demonstra que à luz do paradigma da ciência, o construto espiritualidade tende a evoluir o conceito clássico de saúde” (WHO/MAS/MHP/98.2 p.150).

Santana (2006) comenta que a religião ainda é identificada como fonte de significação na vida. A tradição e a experiência religiosa levam os idosos a crer. Porém, Faria e Seidl (2005) atentam para a necessidade de identificar no enfrentamento religioso as potencialidades de ajuda, assim como de prejuízo. Duarte e Wanderley (2011) acrescentam a necessidade de atenção à indisciplina às recomendações médicas, a não-adesão ao tratamento proposto e crenças em que a doença é vista como punição, bem como o uso da religião ou crença em detrimento do tratamento médico.

Os mesmos autores acrescentam que, além disso, a inclusão de disciplinas que abordam religião e espiritualidade na formação dos profissionais de saúde pode melhor prepará-los para o manejo de tais assuntos em sua prática profissional, dada a importância que a população de forma geral atribui, às suas crenças religiosas e espirituais em momentos de dificuldade. “É no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde” (BRASIL 2001, p.5).

Em relação à subcategoria Práticas Integrativas, no uso ou conhecimento das práticas e outros conhecimentos para o diagnóstico (questão 10), consideramos importante a fala do EM6, que reflete a homogeneidade das respostas de todos os alunos em relação à questão. Ele diz *“Eu não utilizo, como eu tinha dito antes. A faculdade não disponibilizou de nada, de acupuntura, homeopatia. A gente aprendeu assim, algumas cadeiras que ensinam assim, uma erva medicinal tal, mas como a gente nunca usou durante esses quatro anos, então eu não me sinto capaz de*

fazer isso. Eu tenho medo de errar.” O EM4 diz: “Eu acredito no outro lado da medicina, não só na medicina tradicional, mas a faculdade forma a gente pra ser médico tradicional, para solicitar exames, fazer diagnóstico, saber tratamento, saber a dosagem, e não puxa mais pro lado das outras medicinas”.

Sabemos da importância na busca de novas formas de cuidar, através de vários autores. Entre eles, Schweitzer (2012) que reforça as práticas integrativas e complementares e a humanização na atenção básica, demandando entre outras mudanças, uma revisão do processo de trabalho. É necessário repensar, como vimos nas palavras dos alunos, o tempo dos atendimentos, a forma de abordagem dos profissionais com os usuários e a relação dos médicos com a equipe de trabalho. Para que novas mudanças ocorram, é preciso haver profundas transformações na formação e no desenvolvimento desses profissionais. Nossa maneira de aprender não passa pela reflexão, pelos conteúdos já assimilados e por uma aprendizagem significativa. Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde das pessoas se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender.

Existe uma certa resistência das escolas médicas em implementar as práticas integrativas no currículo de suas instituições. Creditamos à falta de professores que sejam médicos, que atuem na área e que desejem dar aula. E o desinteresse e descrença, pela falta de comprovação científica em todas as modalidades de práticas (com exceção da acupuntura), instituídas pela política nacional. Diante disso, estes alunos não foram sensibilizados e informados sobre o assunto. Apesar disso, já existe um movimento de implementação da política nacional das práticas integrativas e complementares no currículo médico, estabelecido por muitas instituições. Entre elas, a Universidade de São Paulo - USP São Paulo e Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Universidade Estadual de São Paulo - UNESP, Universidade de Campinas - UNICAMP, Faculdade de medicina de Marília - FAMEMA, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Universidade de Brasília - UNB, Universidade de Mato Grosso - UFMT, Faculdade de Medicina do ABC – FMABC, Faculdade de Medicina de Jundiaí – FMJ e a Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Na pesquisa de Christensen e Barros (2010), foram observadas diferentes formas de inserção das práticas integrativas e complementares no ensino médico. E revelaram atitudes positivas dos estudantes de Medicina frente a elas e desejo de aprendê-las com o objetivo de tratar e orientar futuros pacientes.

Na primeira entrevista, apenas dois alunos referiram saber da existência da fitoterapia, homeopatia e os florais. Já na segunda entrevista seis deles citaram a Medicina Tradicional Chinesa. Destacamos o EM8, em cuja fala demonstra que realmente teve a percepção do por que, a medicina chinesa poderia ampliar seu olhar para o paciente: *“Como o médico tradicional chinês trabalha a parte energética, me ajudou a ver o paciente quando tem um distúrbio energético. Vai ter um distúrbio, um desequilíbrio do órgão que vai dar os sintomas e vai ter a doença. Então no meu olhar, na condição de ver o paciente no início do distúrbio energético, não já no sintoma, não já na doença. Então isso aumentou ainda mais o meu significado. Se ele chegar com uma queixa, com uma cefaleia, e eu excluir com minha anamnese, o meu exame físico, e o meu exame complementar que está tudo normal, isso é balela. Pode vir de outras coisas, que estão antecedendo uma determinada patologia. Isso me ampliou dessa forma, porque as vezes a gente pensa que a queixa do paciente é vaga, a gente não acredita muitas vezes no que a gente vê, que ele não tem nada no exame, ou anamnese. Ele vai chegar a desenvolver aquilo né, isso que ampliou o meu olhar”*.

Também o EM6 citou a medicina chinesa com presteza: *“Ela (MTC) auxiliou muito, porque eu vi que muitos pacientes tinham doenças que há muito tempo eram tratadas só por medicamentos. E através de uma conversa, ou através da acupuntura ou outras alternativas de medicina chinesa e de outras medicinas, a medicina chinesa auxiliou muito no diagnóstico final. O diagnóstico é a relação médico-paciente, exames complementares, e a medicina chinesa que para mim é o elo auxiliar em muita coisa, porque os órgãos tem energias diferentes e eles são exteriorizados de formas diferentes. Então através desse estudo é uma forma interessante de se avaliar um diagnóstico da pessoa idosa”*.

Uma das alunas, em aula prática, referiu que a maneira de raciocínio da anamnese e diagnóstico na MTC, eram muito distantes do raciocínio a que estavam acostumados. Disse que necessitariam de mais tempo e prática para compreender e assimilar a metodologia da MTC. Pensar, refletir, usar a analogia simples e de acordo com as observações e mudanças da natureza do ser humano, se tornou muito difícil. O aluno acostumado a relacionar a doença aos sintomas e sinais mais evidentes, dificilmente consegue identificar um sujeito são ou em processo de adoecimento. Queixas vagas, emoções em desequilíbrio, atração ou distanciamento de alimentos, sensações mais sutis, não estão relacionados a eventos importantes

na medicina ocidental. A medicina tradicional chinesa dá importância a esses fatos. Ao indivíduo com suas inquietações, gostos, emoções, valores e pensamentos. A sua relação com o mundo social, a construção de suas crenças e sua cultura. Quando o profissional de saúde se percebe e percebe o outro, facilmente detecta uma alteração, uma tendência, um desequilíbrio. E essa mudança, seja abrupta ou sutil, seja aguda ou crônica, faz toda a diferença e muda o aconselhamento. Nascimento (2013), descreve que o raciocínio da MTC se baseia em um “universo simbólico de sentidos” que incluem metáforas, imagens, representações e mesmo concepções que fazem parte de outro imaginário social. Um sistema médico que traz a noção de continuidade entre os planos psicobiológicos, sociais e espirituais, na produção da saúde e da doença.

Concluimos que os alunos entrevistados tem pouco conhecimento sobre as práticas integrativas e outros saberes, pelos inúmeros motivos já elencados. Além disso, após sua graduação, outros empecilhos aparecem na saúde pública em nosso dia-a-dia. Quando algum profissional se apresenta interessado em conhecer ou trabalhar novos saberes, em sua grande maioria, não existe uma política de educação permanente com incentivos financeiros, que assegure tempo livre para a sua qualificação. É raro o apoio ao profissional que se mostra interessado pelo trabalho de pesquisa ou formação educacional nos setores públicos ou privados em que trabalha. Esse papel fica apenas para a academia. Assim, o sistema de saúde e o modelo de formação médica retardam o aparecimento de novos modelos de se fazer saúde e de exemplos a serem seguidos.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Ensinarás a voar, porém não voarão o seu voo. Ensinarás a sonhar, porém não sonharão o seu sonho. Ensinarás a viver, porém não viverão a sua vida. No entanto, em cada voo, em cada vida, em cada sonho, perdurará sempre o rastro do caminho ensinado.

Madre Tereza de Calcutá

Em nosso estudo procuramos avaliar a mudança de percepção do aluno de medicina, após a introdução de uma nova maneira de cuidar. Maneira esta, que estimulasse o aluno a construir o cuidado humanizado a partir do encontro com o usuário. E que pudesse utilizar novos olhares na produção do seu entendimento, sobre a vida das pessoas que o procuram. Nosso primeiro objetivo foi o de identificar qual era o significado da anamnese e do diagnóstico na consulta ao idoso na Estratégia Saúde da Família. Após a primeira entrevista pudemos observar que os resultados apontavam, para o entendimento de conceitos meramente teóricos, em atividade pouco criativa e quase sempre destituída de reflexão sobre as informações obtidas. Os alunos repetiam tópicos de um questionário memorizado, sem a oportunidade de criar um elo de ligação, entre as informações recebidas e as várias dimensões do ser humano. Dimensões estas deixadas de lado, frente à importância dada para a queixa principal, sua duração e as possíveis ferramentas laboratoriais a serem solicitadas, para a complementação de seu diagnóstico.

Em consonância com outras pesquisas realizadas, notamos o pouco interesse do aluno, em realizar a anamnese. Dentre as inferências sobre o seu método de construí-la, o aluno se diz prejudicado pela falta de tempo diante da demanda de usuários na Atenção Primária em Saúde. Referiu pouco tempo da consulta médica a ser distribuído entre: a escuta, exame clínico, solicitação do exame laboratorial, diagnóstico e prescrição do tratamento. Acrescentamos à essas fragilidades técnicas, o pouco conhecimento dos diferentes ciclos de vida das pessoas e a dificuldade em lidar com a complexidade da APS e seu trabalho em equipe multidisciplinar. Ainda não atingimos uma qualificação desejada na formação do profissional de saúde para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família. Cria-se um vácuo: o aluno sai da graduação formado no modelo biomédico, para atender as necessidades da população na Atenção Primária.

Em um segundo momento foi oferecida aos alunos a capacitação em Medicina Tradicional Chinesa. A qualificação, composta de trinta horas foi teórico-prática. As

aulas foram expositivas e dialogadas, com a distribuição de material de leitura sobre: o processo de envelhecimento na MTC, as peculiaridades da saúde do idoso e uma pesquisa médica sobre os benefícios das práticas integrativas. As aulas práticas foram realizadas em Unidade de Saúde da Família para a consulta ao idoso e a aplicação das técnicas de anamnese e raciocínio da MTC. Concluímos, através da fala dos alunos, que haveria a necessidade de um tempo maior para essa qualificação. A forma de raciocinar o processo de adoecimento e a disponibilidade do aluno em refletir, junto ao paciente sobre a sua vida, foi mais um dificultador, comparado à maneira como o aluno estava acostumado a desenvolver essa prática. Também detectamos a falta de interesse na leitura dos diversos textos disponibilizados, o que contribuiria muito para a compreensão das aulas e o desenvolvimento da consulta médica. A segunda entrevista foi realizada uma semana depois da finalização do curso.

Verificamos após a qualificação oferecida, que a mudança foi tímida e sutil. Nos deparamos com uma pequena ampliação do conhecimento para além de sua prática anterior. Detectamos a dificuldade na compreensão da importância da subjetividade durante a anamnese, reforçando a necessidade de maior atenção ao desenvolvimento e consolidação de habilidades afetivas e empáticas do estudante. A necessidade do desenvolvimento de habilidades e competências em semiologia e a comunicação médica, dentro de uma visão biopsicossocial. Os alunos também citaram o uso da MTC como mais um recurso para a melhoria de sua anamnese e consequente diagnóstico. Mas que para consolidarmos esse aprendizado, deveríamos permanecer em cena por um período maior, no desenvolvimento de outras maneiras de raciocínio, diferentes do pensamento cartesiano.

O que fica evidente é que se dá pouca importância às matérias da graduação voltadas para as ciências humanas, a saúde pública e o cuidado. O currículo da IES onde se realizou a pesquisa, trabalha em um de seus eixos, o desenvolvimento pessoal e profissional. Os temas desse eixo tem o intuito de aprimorar a formação ética, psicológica e humanística dos alunos. Isso corresponderia às expectativas das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, no que tange a formar um profissional cidadão e responsável pelo cuidado das pessoas. Mas percebemos que esses temas transversais não obtêm a resposta esperada à sensibilização e construção desse modelo de profissional. Até então, são raros os profissionais formados com perfil, competências e habilidades necessárias. O novo currículo

médico aponta para as práticas integrativas e complementares e consequente mudança de compreensão e atitude do aluno. No entanto, a cristalização do modelo biomédico, retardando os avanços e o pouco investimento da educação permanente em saúde, impedem novas formas de se fazer uma anamnese que contemple o paciente como um todo.

Diante de nossa pesquisa, convidamos o leitor à reflexão do cenário encontrado: a) a academia por um lado tentando cumprir o novo currículo médico; b) o ranço do modelo biomédico ainda expressado pela maioria dos professores; c) a sociedade que, apesar dos reclamos nas ouvidorias públicas, também se moldou ao sistema. E no meio disso tudo, está o aluno. O aluno ainda adolescente, tendo como exemplo e referência o profissional e seu processo de trabalho das unidades de saúde da APS e nos hospitais onde estagia. A pouca disponibilidade de profissionais com qualificação técnica para o enfrentamento dos desafios na Estratégia Saúde da Família, tem sido um dos principais problemas de recursos humanos em saúde. Portanto, consideramos imprescindíveis as atividades voltadas para formação e capacitação de profissionais que atuarão no SUS, para a mudança do modelo biomédico.

Sabemos da importância na busca de novas formas de cuidar, através de vários autores que reforçam as práticas integrativas e complementares e a humanização na atenção básica, demandando entre outras mudanças, uma revisão do processo de trabalho. É necessário repensar, como vimos nas palavras dos alunos, o tempo dos atendimentos, a forma de abordagem dos profissionais com os usuários e a relação dos médicos com a equipe de trabalho. Para que novas mudanças ocorram, é preciso haver profundas transformações na formação e no desenvolvimento desses profissionais. Elencamos algumas delas: 1) Organizar o currículo de forma participativa e de acordo com a realidade da região; 2) inserir o aluno na prática dos serviços de saúde, prioritariamente os de atenção primária, desde o início do curso onde possam estar desenvolvendo atividades ligadas à promoção da saúde, educação em saúde, organização dos serviços, epidemiologia e posteriormente atividades ligadas às clínicas; 3) capacitar o corpo docente para atuarem um novo tipo de ensino com abordagens pedagógicas participativas e problematizadoras; 4) integrar as várias disciplinas em torno de eixos formadores na perspectivas da busca da interdisciplinaridade dentro do curso; 5) envolver os professores das disciplinas clínicas especializadas no ensino em Atenção Primária à

Saúde. 5) ressignificar as aulas de Semiologia; 6) inserir as Práticas Integrativas e Complementares na grade curricular; e 7) apoiar o desenvolvimento de pesquisas no campo da Atenção Primária. Nossa maneira de aprender não passa pela reflexão, pelos conteúdos já assimilados e por uma aprendizagem significativa. Isso implica que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde das pessoas se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender.

Colocamos como necessário ao aluno a preparação psicológica e de habilidades em comunicação. Notamos a dificuldade da implementação de um modelo que não privilegie apenas a racionalização do conhecimento teórico. Não podemos menosprezar os valores éticos da profissão médica, o pensamento crítico e reflexivo e o reconhecimento do contexto social. Necessitamos de espaços dentro da graduação para a reflexão de professores e alunos sobre seus valores e modelos de atuação. Acrescento a esse sonho outro espaço de reflexão. Um espaço nos serviços de saúde para que profissionais médicos e suas equipes de trabalho ressignifiquem suas práticas, visando a reorganização do sistema de saúde e a melhoria da qualidade da saúde de nosso país.

No curso de medicina, onde ministro aulas aos alunos do oitavo período, um dos temas discutidos dentro dos protocolos da atenção primária é o atendimento ao planejamento familiar. No primeiro slide que apresento, elenco algumas características que o profissional de saúde deve ter na abordagem aos usuários. Empatia, respeito, atitude positiva, honestidade, discrição, flexibilidade e linguagem simples entre outras características, necessárias para que a relação de confiança se estabeleça. Só agora percebo minha redundância nesta explanação, pois todas essas características são imprescindíveis a qualquer profissional de saúde, em qualquer tema e momento de encontro com o paciente. Não haveria necessidade de reforçar posturas e atitudes que o profissional médico deveria ter. Mas a cultura tecnicista focada e valorizada apenas no sintoma e no sintomático faz com que surjam lacunas na maneira de se fazer uma anamnese acolhedora, onde se perceba o processo de adoecimento e sua repercussão sobre a vida da pessoa. A semiologia perdeu espaço para a patologia, a farmacologia e a imagem. E essa prática imediatista faz com que o atendimento ao usuário se transforme em um “self-service”: a queixa e prontamente o pedido do exame laboratorial e a prescrição, reforçados pelo médico e pelo paciente. Esse comportamento comum aos nossos

serviços de saúde resulta no empobrecimento da função cuidadora e das relações humanas, comprometendo o encontro e seu resultado.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, Ferdinando. **Acupuntura e gerontologia**: uma visão geral sobre o envelhecimento. A Sobrafisa, Uberlândia, v. 1, n. 4, p.3 -7, 2004.abril, mai, jun. Disponível em: <http://www.portalunisaude.com.br/downloads/down.521258487381.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2013.

ALESSI, Alexandre. **Propedêutica Médica I. UFPR**. Curitiba, Paraná, -. 45 slides, color. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/files/aula_de_anamnese.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2014.

AMATUZZI M. M. Desenvolvimento religioso: uma hipótese descritiva. In: Massimi M, Mahfoud M, organizadores. **Diante do mistério: psicologia e senso religioso**. São Paulo: Loyola; 1999. p.123-140.

ARCOVERDE, Tarcísio Lins. **Formação Médica: (Des)Construção do Sentido da Profissão – A Trajetória da Representação Social**. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Departamento de Centro de Ciências da Educação, Universidade Regional De Blumenau, Blumenau, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/12.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

AYRES, José Ricardo C. Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 6, p.63-72, 2001.

AYRES, José Ricardo C. Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 16-29. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.

BALDUINO, Paula Martins et al. A Perspectiva do Paciente no Roteiro de Anamnese: o olhar do estudante. **Revista Brasileira de Ensino Médico**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, 2012. Jul-set. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000500007&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 mar. 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2009.

BARROS, José Augusto. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 11, p.67-84, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

BARRETO, Maria Auxiliadora Motta et al. Ser médico: o imaginário coletivo de estudantes de medicina acerca da profissão de médico. **Cadernos Unifoa**, Volta Redonda, n. 11, p.73-76, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/11/73.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

BATISTONE, S.S.T.; FORTES, A.C.G.; YASSUDA, M.S. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: FORLENZA, O.V. (Org.). **Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 32-7

BENSEÑOR, I.J.M. **A semiologia no século XXI. Simpósio sobre ensino da semiologia**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em www.ufrj.br. Acessado em 16/09/2012.

BENSON, Herbert. **Medicina Espiritual – o poder essencial da cura**. Rio de Janeiro. Ed. Campus, 1998

BLUMENFIELD, Michael; TIAMSON-KASSAB, Maria. **Medicina Psicossomática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 292 p.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. Resolução n4, de 7 de novembro de 2001. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais**. Brasília: Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro. Seção 1, 38.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS, SAS, DAB– Brasília, 2006.**

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de outubro 1996: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. **Estatuto do idoso**. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família XI**. Brasília, 2006

_____. Ministério da Saúde. **Determinantes da Saúde – BVS**. 2012
<http://determinantes.saude.bvs.br/php/index.php>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. **As Cartas de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: Polos de Educação Permanente em Saúde, conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **HUMANIZA SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, Df: Editora MS, 2010. 72 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2012.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de assistência à saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Ministério da Saúde, secretaria de assistência à saúde, Brasília. 2001.

BURINI, Roberto Carlos. **Estilo de Vida Saudável: A Fórmula para a Longevidade sem Morbidade**. 2005. Disponível em: <<http://noticias.universia.com.br/vida-universitaria/noticia/2005/04/01/486616/estilo-vida-saudavel-formula-longevidade-sem-morbidade.html>>. Acesso em: 12 set. 2013

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**, São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Diretrizes Para O Ensino Médico na Rede Básica de Saúde: Documento preliminar 2005**. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/boletim_virtual/volume_2/documento_gastao.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica: Diretrizes. **Cadernos Abem**, São Paulo, SP, v. 3, p.6-10, out. 2007. Disponível em:

<http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/papel_rede_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2012.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 6, n. 42, p.1090-1096, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7066.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 139-46, 2004.

CAPRARA, A.; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, set. 1999.

CARBALLO, Floreal. **Acupuntura China**. 4. ed. Buenos Aires: Kier, Sa., 1986.

CARDENAL, L. **Dicionário Terminológico de Ciências Médicas**. Ed. Salvat. S.A., Barcelona, ES. 1988.

CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de; LLERENA JUNIOR, Juan Clinton. A epistemologia narrativa e o exercício clínico do diagnóstico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 abr. 2013.

CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600008>. Acesso em: 4 mar. 2014.

CHANG, Stephen T. **The TAO of Balanced Diet: Secrets of a Thin & Healthy Body**. San Francisco, CA: Tao Publishing, 1987. 200 p.

CHARON, Rita. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. **Jama: The journal of the American Medical Association**, USA, v. 286, n. 15, p.1897-1902, 17-10-2001. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194300>>. Acesso em: 02 out. 2012.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2008

CHRISTENSEN, M.C.; Barros, N.F. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 97-105, 2010.

COMTE-SPONVILLE, André. A Generosidade. **Reflexão: Inst. Ethos**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.6-10, mar. 2000.

COUTO, Carla Rosane Ouriques. **Ser Médico na Atenção Primária à Saúde: representações sociais em estudantes de medicina**. 239 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social, Centro de Ciências Humanas, Artes e Letras, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

CUNHA, Gustavo Tenorio. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2004. 199 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Departamento de Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000700030&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 ago. 2013.

DAHLKE, Rüdiger. **A Doença como Linguagem da Alma**. 14. ed. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 2011. 327 p.

DUARTE, Elisfábio Brito. **O Sistema de Saúde Inglês e o SUS Brasileiro: O que nos diferencia é recursos, gestão ou cultura?** BVS 2013. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2013/05/03/o-sistema-de-saude-ingles-e-o-sus-brasileiro-o-que-nos-diferencia-e-recursos-gestao-ou-cultura/>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

DUARTE, Flávia Meneses; WANDERLEY, Kátia da Silva. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 1, Mar. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000100007>

Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: uma revisão de literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 18(3), 381- 389.

FAVORETO, César Augusto Orazem; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Rio de Janeiro, Rj, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop0211>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da língua Portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Positivo, 2009. 2120 p.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004>. Acesso em: 23 jul. 2013.

FLEXNER A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)

FRADA, João. **O Sentido Mágico na Relação Médico-Paciente**. Revista da FML-RFML Série III Vol. 5 Nº 1. Lisboa, 2000.

FRANCO, Anamélia Lins e Silva; BASTOS, Ana Cecília de Sousa; ALVES, Vânia Sampaio. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2005. Mensal. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100027>. Acesso em: 12 ago. 2013.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p.345-353, 1999. Abr-jun. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2005.

FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. 23. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2006. 136 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. 23. ed. São Paulo, SP: Paz e Terra, 1996. 165 p.

FREITAS, Anna Cristina Pegoraro de. **Espiritualidade e Sentido de Vida na Velhice Tardia**. 2010. 203 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Religião, PUC-MG, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencReligiao_FreitasAC_1.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, Jan. 2012 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>.

GÓIS, Ana Luzia Batista de. Acupuntura, especialidade multidisciplinar: uma opção nos serviços públicos aplicada aos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2013.

GOMES, JOSÉ OSVALDO. **Ser Médico é????!!!!** 2014. Disponível em: <<http://www.crmpt.org.br/noticia.php?id=47>>. Acesso em: 02 abr. 2014

GONÇALVES, Rebeca Jesumary et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 3, n. 33, p.393-403, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2013.

GRANET, Marcel. **O Pensamento Chinês**. 3ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Contraponto, 1997. 416 p.

GROSSMAN, Eloísa; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 30, n. 1, 2006. Jan-abril. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022006000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 mar. 2011.

HAFNER, Maria de Lourdes Marmorato Botta et al. A Formação Médica e a Clínica Ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, p.1715-1724, 2010. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/1732/1/>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Política do Idoso no Brasil**. 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/politica_do_idoso_no_brasil.html

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 97 p. (Estudos & Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 9) Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf

_____. **Síntese de Indicadores Sociais de 2009**. Departamento de populações e indicadores sociais, 2009. Disponível em: <<<http://www.ibge.gov.br>>>. Acesso em 15 de out. De 2013

IORIO, Rita de Cassia. **Acupuntura no exercício da Medicina: o médico**

acupunturista e seus espaços de prática. 2007. 240 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Departamento de Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde...095112/.../Ritalorio.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005.

JACOB FILHO, W.; SOUZA, R. R. de. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T. de.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: Fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2004.

JOSÉ OSVALDO GOMES, Conselho Regional de Medicina do Piauí. **Ser Médico é????!!!!** Disponível em: <<http://www.crm-pi.org.br/artigo.php?id=47>>. Acesso em: 24 fev. 2014

KHALSA, Dharma Singh. **Longevidade do Cérebro**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

KOVÁCS, Maria Júlia. Espiritualidade e psicologia: cuidados compartilhados. **O Mundo da Saúde São Paulo**, São Paulo, SP, v. 2, n. 31, p.246-255, 2007. Abril-junho. Disponível em: <https://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/53/12_Espiritualidade.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

LEITE, Silvia Regina Rodrigues. **O Perfil do Médico do programa Saúde da Família do Município de João Pessoa para o Desafio da Integralidade**. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, 2006.

LEITE, N. **O Idoso na Mídia**. 2006 Disponível em: <http://www.techway.com.br/techway/revista_idoso>. Acesso em: 24 set. 2012.

LIANGYUE, Deng et al. **Chinese Acupuncture and Moxibustion**. 2. ed. Beijing: Foreign Languages Press, 1990. 544 p.

LIN, Anna; FLAWS, Bob. **Manual de Geriatria Chinesa Tradicional e Remédios Chineses à Base de Ervas: O Tao da Longevidade e da preservação da vida**. São Paulo: Andrei, 1993. 135 p.

LOPES, Antonio Carlos. **Ser médico não é pra qualquer um**. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=2528:s>

er-medico-nao-e-pra-qualquer-um&catid=84:opiniaio&Itemid=135>. Acesso em: 20 jan. 2014

LUZ, Madel T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, p.145-176, 2005.

LUZ, MADEL T. **VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas: Medicina Tradicional Chinesa**. Rio de Janeiro: Uerj, 1998. 59 p.

MARCO, Mario Alfredo de et al. Semiologia integrada: uma experiência curricular de aproximação antecipada e integrada à prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p.1-1, 2009. Trimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200017>. Acesso em: 30 jul. 2013.

MEDECINE, Shanghai College Of Traditional. **Acupuncture: A Comprehensive Text**. Seattle, Washington: Eastland Press, 1990. 741 p.

MENDES, E. M. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência São Paulo (SP): Xamã; 1998. p.103-20

MERHY E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko, Rev. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

MEYER D.E, WALDOW, V.R, LOPES M.J.M, organizadores. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco; 2004.

MINAYO, Maria Cecilia. **Violência contra Idosos**: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

MORIN, Edgar. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**. 2 ed. São Paulo: Cortez. 2001

MOTTA, Luciana Branco da; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.1-2, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000400017&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 jun. 2013.

MOTTI, Mônica Cristine Jove. **O Idoso e a Família**. 2007. Disponível em: <<http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/10/08/o-idoso-e-a-familia/>>. Acesso em: 25 dez. 2012.

NAGAI, Silvana Cappelletti; QUEIROZ, Marcos de Souza. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 3, n. 16, p.1793-1800, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n3/15.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2013.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p.1-1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 dez. 2013.

NEGRÃO, Carlos Eduardo et al. O Papel do Sedentarismo na Obesidade. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 7, n. 2, p.149-155, 2000. Bimestral. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-2/009.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

OLIVEIRA, Monique Alves de et al. Questionário de Expressão Emocional aplicado a idosos: indicadores psicométricos e relações com variáveis sociodemográficas e afetivas. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 7, n. 15, p.89-106, dez. 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/15245/11371>>. Acesso em: 7 set. 2013.

PANZINI, Raquel Gehrke et al. Qualidade de vida e Espiritualidade. **Revista Psiquiatria Clínica**, USP. São Paulo, SP, v. 1, n. 34, p.105-115, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

PAZ, Adriana Aparecida; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos; EIDT, Olga Rosaria. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.338-342, 2006. Julho-setembro. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300014>>. Acesso em: 12 out. 2003.

PIRES, Zenith Rose dos Santos; SILVA, Maria Josefina da. Autonomia e Capacidade Decisória dos Idosos de Baixa Renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 2, n. 3, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/717/777>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

POMERANZ, Bruce; STUX, Gabriel. **Basics of Acupuncture**. Berlin, Alemanha: Springer-Verlag, 1988. 272 p.

REGO, Sérgio. **A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003

RISCH, Hubert. **Noções Básicas de Acupuntura**. Andrei Editora, 1984. São Paulo.

RISTOW, Aline Maria. **A Formação Humanística do Médico na Sociedade do Século XXI: uma análise curricular**. 180 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Educação, Departamento de Educação, Universidade Federal Do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: http://www.ppge.ufpr.br/teses/M07_ristow.pdf

RODRIGUES, Adriana Novaes; CUNHA, Cleize Silveira; CUNHA, Cristiane Silveira; NETO, João Ozório R; TAVARES, Mauro. A semiologia médica no século XX. **Cadernos UniFOA**. Volta Redonda, Ano VI, n. 15, abril 2011. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/15/69.pdf>

RODRIGUES, Y.T. and RODRIGUES, P.P.B. **Semiologia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 2ed.

RODRIGUES, Natália Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p.2129-2139, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n8/23.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

SACKS, O., **A Leg to Stand on**. London: Picador, MacMillan Publishers Ltd. 1991.

SANTANA, M. C. **Significados de religiosidade segundo idosos residentes na comunidade: dados do PENSA**. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

SANTOS, João Barberino. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. **Brasília Médica**, Brasília, p.90-95, 1999. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p
&nextAction=lnk&exprSearch=316795&indexSearch=ID>. Acesso em: 4 ago. 2012.

SCLIAR, Moacyr. **Cenas Médicas**: Uma introdução à história da medicina. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.

SHERMER, Michael. **Cientistas**: aprendam a contar histórias. 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TODHmpvI88E&list=UUr9-y5fOcA04REYePWrtigw>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SCHVEITZER, Mariana Cabral; ESPER, Marcos Venicio; SILVA, Maria Júlia Paes da. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p.442-451, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/6.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2013.

TAPAJÓS, R. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas (campos de significado e competência). **Rev. Bras. Educação Médica**. 2008; 32(4): p.500-506.

TEIXEIRA, Faustino. **Os Caminhos da Espiritualidade**: um olhar com base nas tradições místicas. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. A Espiritualidade no Trabalho em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 358-383.

TURA, Liz Fernando Rangel; SILVA, Antonia Oliveira (Org.). **Envelhecimento e Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Quartet: Faperj, 2012. 316 p.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação na área da saúde e humanas. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

VEITH, Ilza. HUANG TI NEI CHING SU WEN. **The Emperor's Classic of Internal Medicine**. Los Angeles, University of California Press, 1972.

VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, v. 3,

n. 19, p.705-715, 2003. Maio - Junho. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15874.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

VERAS, Renato Peixoto et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.385-392, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n2/18.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

VIEIRA, L. de A. **Uma visão sobre o envelhecimento**: ser idoso é diferente de ser velho. 2004. 57 f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Centro de Estudos Superiores de Maceió, Maceió, 2004. Disponível em: <http://66.102.1.104/scholar?hl=ptBR&lr=&q=cache:6N3ZISVBpfYJ:www.pesquisapsicologica.com/2004-1/luciana_araujo.pdf+O+Estatuto+do+Idoso+resgatou+princ%C3%ADpios+constitucionais+que+garantem+aos+cidad%C3%A3os,+indistintamente,+direitos+que+pres>. Acesso em: 7 abr. 2013.

XINNONG, C. **Chinese Acupuncture and Moxibustion**. Foreign Languages Press. Chinese Academy of Ciencias. Beijing, 1990

WHO. **Acupuncture**: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials, Genebra, Suíça. 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4926e/s4926e.pdf>>. Acesso em: 20.08.2013

WOLFE, Honora Lee. **Menopausa Saudável na Medicina Chinesa Tradicional**. São Paulo: Andrei, 1993.

WONG, Ming. **Exploração Clínica na medicina Chinesa**: Shang-Han Lun. São Paulo, Sp: Andrei, 1988. 309 p.

YAMAMURA, Ysao; IORIO, Rita de Cassia; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Acupuntura no Currículo Médico: Visão de Estudantes de Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro,, v. 8, n. 3, p.223-233, Set-dez. 2004. Disponível em: http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/pregrado/Ciclo_Introductorio/Materiales/Material%20Brasileiro/pesquisa_acupuntura.pdf. Acesso em 10.01.2013

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada O Uso da Medicina Tradicional Chinesa na Ampliação do Diagnóstico: a espiritualidade, as emoções e a clínica na saúde do idoso. Está sendo desenvolvida por Silvia Regina Rodrigues Leite, aluna do Curso de Mestrado em Ciências das Religiões sob a orientação da Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá. A mesma apresenta como objetivo primário: verificar a aceitação do aluno de medicina sobre as práticas integrativas e complementares. A finalidade dessa pesquisa é perceber se, após capacitação do aluno em anamnese e diagnóstico da medicina Chinesa, este terá um novo olhar sobre o usuário idoso da Atenção Primária. A sua participação na pesquisa é voluntária, portanto solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um questionário, o (a) senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais e relacionadas aos objetivos propostos e os mesmos farão parte de uma dissertação podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto níveis nacionais ou internacionais. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

Informamos que a pesquisa será realizada na Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, o qual o responsável do referido local afirma que existe infraestrutura necessária para garantia, segurança e bem estar dos participantes da pesquisa, resguardando a segurança dos mesmos, nesse sentido o presente estudo oferece risco mínimo, porém, serão atentados para que os benefícios superem esse risco mínimo. Portanto, esta pesquisa será benéfica pois trará suscitará reflexões acerca da temática supracitada.

A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhora(o) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB². Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, rubricar a primeira página e a última assinada por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

João Pessoa, ____/____/____ 2013

Silvia Regina Rodrigues Leite
Pesquisadora Responsável

Participante da Pesquisa-Testemunha

Endereço da Pesquisadora: R. Da Aurora 201 apto 901, Miramar, João Pessoa PB. CEP - 58043.270. Fone: (83) 9944.7788; 3042.6051.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Em sua opinião o que é ser médico
- 2) O que significa para você a relação médico - paciente
- 3) Fale para mim o que você entende por anamnese
- 4) Descreva para mim como você faz uma anamnese
- 5) Fale para mim o que você compreende por diagnóstico
- 6) Descreva como você faz um diagnóstico
- 7) No seu entendimento o que é necessário para fazer um diagnóstico
- 8) Diga para mim o que você considera imprescindível para se fazer um diagnóstico
- 9) Na sua opinião qual é o tempo necessário para fazer uma anamnese.
- 10) Além da medicina convencional que saberes outros você utiliza para a elaboração de um diagnóstico
- 11) Considerando as especificidades da pessoa idosa fale sobre:
 - a) a anamnese da pessoa idosa
 - b) o diagnóstico da pessoa idosa
- 12) Descreva para mim como você faz uma anamnese da pessoa idosa
- 13) Fale para mim como você faz um diagnóstico da pessoa idosa
- 14) Diga para mim o que você considera imprescindível para fazer um diagnóstico da pessoa idosa
- 15) Além da medicina convencional que saberes outros você utiliza para a elaboração de um diagnóstico da pessoa idosa
- 16) Na sua opinião qual é o tempo necessário para fazer uma anamnese da pessoa idosa

APÊNDICE C

PROPOSTA DO CURSO DE MTC

Curso - Noções Básicas de Medicina Tradicional Chinesa (MTC)	Carga horária: 30 h	
Professora: Silvia Regina Rodrigues Leite	Turno: das 8:00 às 12:00. 13:00 às 17:00	Período: 2013.2

Ementa

Contextualização da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), leitura de trechos sobre o Cuidado em Saúde, exposição de filme sobre o Taoísmo, noções básicas da anamnese, diagnóstico e técnicas da MTC.

Objetivos

Conhecer os fundamentos da Medicina tradicional Chinesa.
Contextualizar historicamente a medicina tradicional chinesa e reconhecer a sua aplicabilidade na medicina ocidental;
Identificar técnicas na Medicina tradicional chinesa;
Empregar técnicas na medicina tradicional Chinesa na anamnese e no diagnóstico da pessoa idosa.

Conteúdo Programático

Dia		Mês
I - manhã	Filme: QuinTao . Apresentação do pensamento chinês . A Natureza . o Pensamento do Tao . Estilo de Vida	4h
II-manhã	. Leitura sobre o cuidado e acolhimento em saúde do idoso . As técnicas da Medicina tradicional Chinesa . A Acupuntura como Especialidade Médica . o estímulo nervoso na acupuntura e sua comprovação científica . Moxa, ventosas, sangria	4h
I – tarde	. O Macro e o Microcosmos . As energias na Medicina Chinesa . Os elementos da natureza e suas correlações	4h

	. A Lei dos Cinco Elementos . A lei de Dominância e Contradominância . A anamnese e o Diagnóstico na Medicina Chinesa . Noções Básicas do Tratamento	
III e IV Manhãs	Laboratório de Consultas na USF	10hrs
Procedimentos Metodológicos As atividades serão desenvolvidas em aulas expositivas, discussão de textos, leituras individuais extra-aulas e laboratório de consultas.		

BIBLIOGRAFIA:

CARBALLO, Floreal. **Acupuntura China**. 4. ed. Buenos Aires: Kier, S.a., 1986.

CHANG, Stephen T.. **The TAO of Balanced Diet: Secrets of a Thin & Healthy Body**. San Francisco, CA: Tao Publishing, 1987. 200 p.

GRANET, Marcel. **O Pensamento Chinês**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

LIANGYUE, Deng et al. **Chinese Acupuncture and Moxibustion**. 2. ed. Beijing: Foreign Languages Press, 1990. 544 p.

MEDECINE, Shanghai College Of Traditional. **Acupuncture: A Comprehensive Text**. Seattle, Washington: Eastland Press, 1990. 741 p.

POMERANZ, Bruce; STUX, Gabriel. **Basics of Acupuncture**. Berlin, Alemanha: Springer-Verlag, 1988. 272 p.

VEITH, Ilza. HUANG TI NEI CHING SU WEN. **The Emperor's Classic of Internal Medicine**. Los Angeles, University of California Press, 1972.

WONG, Ming. **Exploração Clínica na medicina Chinesa: Shang-Han Lun**. São Paulo, SP: Andrei, 1988. 309 p.

YUTANG, Lin. **A sabedoria da China e da Índia**. Volume II – A sabedoria da China. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, s.d.

SITES:

<http://ebookbrowse.com/o-livro-de-acupuntura-do-imperador-amarelo-doc-d355585310>

<http://www.medicinachinesabrasil.com.br>

http://storminformatica.com.br/sitesclientes/smba/hist_lutas_conquistas.php
w.amba.org.br/v2/default.asp

APÊNDICE D

ÍNDICE OU DICIONÁRIO ANALÓGICO DA PESQUISA

Alteridade – se colocar no lugar do outro;

Amor – afeto, carinho;

Antecedentes pessoais– comorbidades, histórico de doenças, Estilo de vida;

Determinantes Sociais - entorno , renda, habitação, ambiente, cultura;

Especificidades do idoso – Cognição (déficit fisiológico do pensamento);

Comunicação (dificuldade do idoso em se comunicar, compreensão, poliqueixosos, prolixos); Vulnerabilidade (violência, Incapacidade, dependência, acompanhante);detalhes, profundidade, observação;

Espiritualidade – religião, religiosidade, benzimento, crenças, fé

Essência – base, primordial;

Medicina Chinesa

Perfil – dados de identificação (nome, idade, procedência, cor, estado civil, profissão);

Praticas Integrativas – florais, fitoterapia, homeopatia

Resolutividade – Rapidez, resolutividade;

Subjetividade – Solidão, Tristeza, Carência, Depressão, perdas, otimismo, emoções;

Tipo de Atendimento – refere-se a consulta nos diversos níveis de atenção, tempo real e tempo ideal para uma consulta;

Vínculo – Diálogo, Intimidade, Respeito, Sensibilidade, Confiança, Escuta, Receptividade, Prioridade, Dedicação, Paciência, Tranquilidade, Individualidade;

- Para o Tema C - O Diagnóstico da pessoa idosa há um novo agrupamento com o termo:

Anamnese – perfil, História Clínica, queixa principal, antecedentes pessoais.

APÊNDICE E

Ser Médico e a Relação Médico-Paciente Subcategorias e Evocações

ALUNO 2

PRÉ		PÓS	
Conhecimento Técnico	1	Conhecimento Técnico	1
Cuidado	1	Cuidado	1
Vínculo	4	Vínculo	7

ALUNO 3

PRÉ		PÓS	
Cuidado	4	Cuidado	3
Vínculo	1	Vínculo	3
Essência	1		
Especialidade	1		

ALUNO 4

PRÉ		PÓS	
Cuidado	5	Cuidado	1
Vínculo	2	Vínculo	5
Essência	1		
		Amor	2

ALUNO 5

PRÉ		PÓS	
Cuidado	2	Cuidado	7
Vínculo	5	Vínculo	2
Realização	2		---
Especialidade	1		---

ALUNO 6

PRÉ		PÓS	
Cuidado	3	Cuidado	2
Vínculo	10	Vínculo	6
Comunicação	2		---
Subjetividade	6		---
		Conhecimento Técnico	4

ALUNO 8

PRÉ		PÓS	
Cuidado	3	Cuidado	3
Conhecimento Técnico	3	Conhecimento Técnico	2
Essência	1	Essência	1
Vínculo	3	Vínculo	7

ALUNO 9

PRÉ		PÓS	
Cuidado	2	Cuidado	2
Conhecimento Técnico	1	Conhecimento Técnico	2

ALUNO 10

PRÉ		PÓS	
Cuidado	5	Cuidado	4
Essência	1	Essência	1
Vínculo	4	Vínculo	6
		Conhecimento Técnico	1

APÊNDICE F

A Anamnese da Pessoa Idosa

Subcategorias e Evocações

ALUNO 2

PRÉ		PÓS	
Perfil	1	Perfil	2
História Clínica	1	História Clínica	3
Queixa Principal	7	Queixa Principal	5
Relacionamento Familiar	8	Relacionamento Familiar	5
Tipo de Atendimento	5	Tipo de Atendimento	9
Comunicação	6	Comunicação	6
Vínculo	5	Vínculo	7
Subjetividade	4	Subjetividade	9
		Antecedentes Pessoais	6
		Antecedentes Familiares	1
Dificuldade	1		

ALUNO 3

PRÉ		PÓS	
Perfil	2	Perfil	1
História Clínica	9	História Clínica	9
Antecedentes Pessoais	4	Antecedentes Pessoais	4
Queixa Principal	5	Queixa Principal	3
Tipo de Atendimento	3	Tipo de Atendimento	3
Vínculo	2	Vínculo	3
Especificidades do idoso	10	Especificidades do idoso	19
Relação Familiar	1		
Cuidado	1		
		Determinantes Sociais	1
		Conhecimento Técnico	1
		Subjetividade	3

ALUNO 4

PRÉ		PÓS	
Perfil	2	Perfil	1
História Clínica	3	História Clínica	4
Queixa Principal	4	Queixa Principal	3
Tipo de Atendimento	6	Tipo de Atendimento	6
Vínculo	10	Vínculo	12
Reflexão	2	Reflexão	4
Subjetividade	2		
Especificidades do idoso	6	Especificidades do idoso	1
		Amor	2

ALUNO 5

PRÉ		PÓS	
Perfil	3	Perfil	2
Queixa Principal	3	Queixa Principal	3
Antecedentes Pessoais	3	Antecedentes Pessoais	2
História Clínica	2	História Clínica	2
Dificuldade	2	Dificuldade	2
Especificidades do idoso	4	Especificidades do idoso	9
Subjetividade	1		
Vínculo	1		
		Tipo de Atendimento	2

ALUNO 6

PRÉ		PÓS	
Conhecimento Técnico	1	Conhecimento Técnico	1
Queixa Principal	1	Queixa Principal	2
Perfil	1	perfil	4
Vínculo	5	Vínculo	3
Antecedentes Pessoais	1	Antecedentes Pessoais	2
Essência	1		
		Comunicação	1
		Especificidades do idoso	2
		Subjetividade	4
		Relaciona/ Familiar	2
		Espiritualidade	2

ALUNO 8

PRÉ		PÓS	
Perfil	5	Perfil	2
Queixa Principal	3	Queixa Principal	3
História Clínica	4	História Clínica	5
Antecedentes Pessoais	6	Antecedentes Pessoais	8
Tipo de Atendimento	1	Tipo de Atendimento	3
Especificidades do idoso	1	Especificidades do idoso	9
		Vínculo	1
		Dificuldade	2
		Determinantes Sociais	2
		Espiritualidade	1

ALUNO 9

PRÉ		PÓS	
Perfil	2	Perfil	2
História Clínica	2	História Clínica	4
Queixa Principal	2	Queixa Principal	1
Antecedentes Pessoais	3	Antecedentes Pessoais	5
Tipo de Atendimento	1	Tipo de Atendimento	1
Comunicação	1	Comunicação	1
Especificidades do idoso	2	Especificidades do idoso	1
Dificuldade	1		
		Espiritualidade	1
		Vínculo	1

ALUNO 10

PRÉ		PÓS	
Perfil	3	Perfil	3
História Clínica	5	História Clínica	5
Tipo de Atendimento	1	Tipo de Atendimento	5
Subjetividade	4	Subjetividade	4
Comunicação	1	Comunicação	1
Vínculo	1	Vínculo	11
Resolutividade	4	Resolutividade	3
Especificidades do idoso	2	Especificidades do idoso	2
Conhecimento Técnico	1		
		Espiritualidade	1
		Integralidade	1
		Queixa Principal	2
		Antecedentes Pessoais	4
		Relaciona/ Familiar	1
		Estilo de Vida	3
		Cuidado	2
		Amor	1
		Essência	1

APÊNDICE G
O Diagnóstico da Pessoa Idosa
Subcategorias e Evocações

ALUNO 2

PRÉ		PÓS	
Anamnese	12	Anamnese	15
Exame Físico	7	Exame Físico	6
Conhecimento Técnico	1	Conhecimento Técnico	1
Subjetividade	2	Subjetividade	1
Relacionamento Familiar	3	Relaciona/ Familiar	1
Exames Complementares	4	Exames Complementares	3
		Relação Médico-paciente	1
		Dificuldade	1
		Determinantes Sociais	2
		Práticas integrativas	2
		Espiritualidade	1

ALUNO 3

PRÉ		PÓS	
Anamnese	25	Anamnese	17
Conhecimento Técnico	1	Conhecimento Técnico	1
Exame Físico	5	Exame Físico	7
Exames Complementares	10	Exames Complementares	6
Determinantes Sociais	1	Determinantes Sociais	2
Estilo de Vida	3	Estilo de Vida	2
Especificidades do idoso	5	Especificidades do idoso	8
Vínculo	2	Vínculo	4
Subjetividade	2	Subjetividade	2
Práticas integrativas	5	Práticas integrativas	2
		Tipo de Atendimento	1
		Medicina Chinesa	4
Espiritualidade	3	Espiritualidade	11
		Alteridade	3

ALUNO 4

PRÉ		PÓS	
Anamnese	7	Anamnese	3
Exame Físico	3	Exame Físico	2
Exames Complementares	4	Exames Complementares	3
Conhecimento Técnico	4	Conhecimento Técnico	2
Determinantes Sociais	1	Determinantes Sociais	2
Vínculo	5	Vínculo	4
Estilo de vida	1		
		Dificuldade	1
		Especificidades do idoso	1

ALUNO 5

PRÉ		PÓS	
Anamnese	15	Anamnese	14
Exame Físico	3	Exame Físico	1
Exames Complementares	9	Exames Complementares	7
Vínculo	3	Vínculo	5
Dificuldade	3		
Tipo de Atendimento	1		
Especificidades do idoso	8	Especificidades do idoso	2
		Estilo de Vida	1

ALUNO 6

PRÉ		PÓS	
Anamnese	10	Anamnese	3
Exame Físico	7	Exame Físico	1
Exames Complementares	4	Exames Complementares	3
Vínculo	13	Vínculo	18
Especificidades do idoso	2	Especificidades do idoso	3
Determinantes Sociais	1		
Amor	1		
Cuidado	1		
Praticas integrativas	3		
		Reflexão	2
		Medicina Chinesa	7

ALUNO 8

PRÉ		PÓS	
Anamnese	12	Anamnese	16
Exame Físico	6	Exame Físico	4
Exames Complementares	2	Exames Complementares	4
Determinantes Sociais	1	Determinantes Sociais	3
Especificidades do idoso	1	Especificidades do idoso	2
		Vínculo	2
		Medicina Chinesa	3
		Processo de Adoecimento	7
		Espiritualidade	3
		Prevenção	1

ALUNO 9

PRÉ		PÓS	
Anamnese	8	Anamnese	9
Exame Físico	3	Exame Físico	2
Exames Complementares	3	Exames Complementares	2
Dificuldade	1	Dificuldade	2
Especificidades do idoso	1	Especificidades do idoso	2
		Medicina Chinesa	2

ALUNO 10

PRÉ		PÓS	
Anamnese	13	Anamnese	11
Conhecimento Técnico	6	Conhecimento Técnico	10
Exames Complementares	3	Exames Complementares	9
Medicina Chinesa	1	Medicina Chinesa	1
Vínculo	7		
Resolutividade	2		
Tipo de Atendimento	2		
Subjetividade	1		
		Especificidades do Idoso	1
		Exame Físico	1

L533u Leite, Silvia Regina Rodrigues.

O uso da medicina tradicional chinesa na ampliação da anamnese: a espiritualidade, as emoções e a clínica na saúde do idoso / Silvia Regina Rodrigues Leite.- João Pessoa, 2014.

113f. : il.

Orientadora: Lenilde Duarte de Sá

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE

1. Ciências das religiões. 2. Espiritualidade - emoções. 3. Medicina tradicional chinesa. 4. Formação médica. 5. Anamnese. 6. Saúde do idoso.

UFPB/BC

CDU: 279.224(043)