

A clínica do corpo sem boca'

The clinic of the body without a mouth

Graciela Soares Fonsêca

Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, SC, Brasil.

E-mail: graciela.fonseca@uffs.edu.br

Simone Rennó Junqueira

Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Social. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: srj@usp.br

Carlos Botazzo

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Práticas de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: botazzo@usp.br

Yara Maria de Carvalho

Universidade de São Paulo. Escola de Educação Física e Esportes. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: yaramc@usp.br

Maria Ercília de Araujo

Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Social. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: mercilia@usp.br

Resumo

Este estudo buscou analisar a abordagem do território bucal feita por profissionais e estudantes da área médica durante consultas clínicas em uma Unidade Básica de Saúde, do município de São Paulo, e pode ser classificado como uma pesquisa de abordagem qualitativa, em que os dados foram derivados da observação participante das atividades clínicas de médicos e estudantes de medicina em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. Os dados foram coletados por duas pesquisadoras, ao longo de quatro meses de imersão, e analisados por hermenêutica-dialética. Foi possível compreender a propedêutica clínica na área médica e perceber a centralidade de tecnologias-duras e 'prescrições' na abordagem clínica, em detrimento da centralidade do sujeito. Além disso, estudantes de medicina demonstraram desconhecimento da organização do serviço, revelando um descompasso entre formação e trabalho. Nas diferentes clínicas, mesmo quando havia inspeção da cavidade bucal, não houve o estabelecimento de conexões entre achados e sintomas apresentados pelos pacientes. A 'experienciação' das clínicas na Unidade Básica revelou a visão centrada no que "sobra do corpo" ao retirar a boca. Ou seja, a desconexão corpo-boca é reforçada também na área médica.

Palavras-chave: Medicina; Odontologia; Medicina Clínica; Assistência Integral à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Correspondência

Graciela Soares Fonsêca

Rod. SC 484, Km 2, Bloco dos professores, sala 317. Chapecó, SC, Brasil. CEP 89801-001.

1 O projeto de pesquisa do qual o estudo foi derivado foi financiado pelo CNPq - edital MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit nº 10/2012.

Abstract

The aim of this study was to analyze oral's territory approach by professionals and students from medical area during clinical appointments at a Health Basic Center, in São Paulo. This paper can be qualified as a qualitative research, in which the data collected were issued from the observation of doctors and students' activities over four months of immersion, and were analyzed by hermeneutics-dialectics. It was possible to see that clinical propaedeutic in the medical area and the guide of hard-technologies and the 'prescriptions' in clinical approach, rather than the centrality of the subject. In addition, medical students demonstrated lack of knowledge of the service organization, revealing a gap between education and work. In different clinics, even when there was an examination of the oral cavity, connections between finds and symptoms presented by patients were not established. The experience of clinics in the Health Center showed the focus on what "the body left over" when the mouth was removed. Thus, the body-mouth disconnection is reinforced in the medical area.

Keywords: Medicine; Dentistry; Clinical Medicine; Comprehensive Health Care; Primary Health Care.

Introdução

O ensino na área da saúde se estrutura, prioritariamente, em função da prática clínica. Compreende-se a necessidade do eixo estruturante da formação em saúde em se pautar sobre as práticas e condutas clínicas, com o desejável desfecho de um atendimento assistencial 'técnico' de qualidade. Entretanto, tendo em vista que essa é apenas uma dimensão da atenção em saúde e que, sozinha, não responde aos anseios e necessidades de saúde da população, há que se repensar a formação em saúde com o olhar voltado para o cotidiano do "trabalho vivo" em saúde.

Um dos mais importantes conceitos e princípios que diretamente afeta o Sistema Único de Saúde (SUS) quando pensamos em formação de estudantes no campo da saúde é a integralidade. De fato, essa categoria aparece articulada com o propósito de fazer valer o cuidado e a atenção em saúde articulada com as diferentes áreas do conhecimento e os distintos setores a fim de responder efetivamente as necessidades de saúde da população. A prática da integralidade acontece para além da dimensão da saúde (Ayres et al., 2012).

Com efeito, devemos considerar que integralidade tem múltiplas dimensões e que algumas se realizam na saúde, ou são passíveis de concretização nos serviços ou na atuação do profissional de saúde, isto se considerarmos que integralidade diz respeito ao "homem inteiro, salvo, intacto, salvado", como expressa Nunes (1995). Pensar a pessoa doente é aspecto fragmentado da realidade, porque a realidade da pessoa distribui-se de modo muito mais amplo e significativo que pensá-la na dimensão da sua especificidade, como "ser doente ou ser de doença". Pensar desse modo é pensar de modo fragmentado, imaginando a pessoa doente separada do seu contexto social, da sua vida por inteiro. Para guardar coerência com esse postulado, temos de considerar a sociedade, que é a produtora de todas as formas de fragmentação e da fragmentação da pessoa nela (Botazzo, 2013). Dessa maneira, não é difícil perceber que a formação do estudante no campo da saúde deveria incorporar os conceitos e as possibilidades práticas de outras áreas que não apenas as áreas biológicas e as de natureza técnica. Entre essas, vale a referência às ciências

sociais e humanas bem como às humanidades, e a investigação dos modos como poderíamos garantir maior efetividade na produção do cuidado em saúde e, sobretudo, abrir a “caixa de ferramentas” para terapêuticas integradas, o que não seria pouco.

Na odontologia, é reiterada a formação tecnicista, de cunho clínico assistencialista, desarticulada das demais áreas da saúde. O discurso odontológico não engloba a fisiologia bucal e, por esse motivo, aparecem ressaltados os componentes mecânicos da sua prática - os dentes - de onde provém a ênfase nas técnicas e no adestramento da mão (Botazzo, 2006).

A odontologia criou sistemas próprios (biologia oral, terapêutica oral, patologia oral, medicina oral, *socio-dental sciences* etc.) que, dificilmente, relacionam a parte dentária com o todo (Botazzo, 2013).

Mergulhada em tais contradições, e de afirmar que **dentes** não se acham em relação de dependência com a **fisiologia do indivíduo**, e vice-versa, mesmo no campo biotecnológico a ciência demorou um século para ligar periodonto com gravidez, apesar das provas em contrário, para ficar no exemplo mais cadente das últimas décadas. Teremos dado um importante passo na superação desse hiato quando nos pusermos na mesma cena discutindo com as demais práticas de saúde o que nos unifica, quando resolvermos o que é **generalidade** e o que é **particularidade regional**. (Botazzo, 2013, p. 26, grifos do autor).

Além disso, há uma dupla desvinculação da prática dos dentistas em relação às demais práticas de saúde. Existe um recorte que retira o paciente do seu contexto social e um outro que deve ser analisado no próprio âmbito das práticas de saúde (Botazzo, 2013). Por isso, foi possível dizer que:

A odontologia, ao fazer da boca uma abstração, a desvincula do ser social que passa a ser tomado enquanto expressão do seu objeto e “compreendido” apenas a partir dele. O ser em sua concretude, como realidade social, com seus nexos sociais, é ignorado pela clínica odontológica. Nisto reside

sua particularidade. Tendo aprendido “definitiva e verdadeiramente seu objeto”², para fazê-lo a odontologia organizou-se independentemente das práticas médicas que então se constituíam. Desde o século XIX a odontologia é exercida com forte dose de autonomia, o dentista sozinho processando a cura (ao menos em tese), a ciência odontológica se bastando a si própria. Para estabelecer essa desvinculação precisou antes fazer outro recorte, outra desvinculação, consequência de sua organização independente: ao autonomizar sua prática autonomizou igualmente seu objeto em relação ao corpo biológico. (Botazzo, 2013, p. 60).

A linguagem odontológica é restrita ao meio odontológico, não inteligível pelos demais profissionais de saúde e pacientes, como se o universo vocabular que identifica alterações anatomofuncionais da cavidade bucal e anexos, bem como o que denomina procedimentos odontológicos, fosse de tal modo próprio, que o torna indecifrável para os não iniciados. É imprescindível que a odontologia se permita abrir para outros saberes e incorporar outras práticas e, concomitantemente, também ser incorporada a outras práticas (Botazzo, 2013).

No âmbito médico essa desvinculação foi vigorosamente aceita, o que reforça o isolamento das práticas em saúde bucal. O saber médico não penetra nas condições bucais, que desse modo se mantêm como “coisa de dentista” (Botazzo, 2013).

Assim, acaba fixado o distanciamento entre as áreas, o que dificulta uma abertura ao diálogo compartilhado entre equipes multiprofissionais, algo viável nos serviços públicos de saúde, em especial os de atenção primária. Se, para os cirurgiões-dentistas, esse desencontro reitera a prática ‘dentocentrada’, interessava-nos conhecer como a prática clínica médica transita nesse campo. Não para ‘criticar’ eventuais condutas profissionais, reflexos da própria formação e experiência, mas para visualizar possibilidades de integração entre equipes múltiplas, durante o processo formativo, tendo em vista a inserção de estudantes nos cenários de prática profissional.

2 GONÇALVES, R. B. M. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. Programação em saúde. São Paulo: Hucitec, 1990.

A Educação Interprofissional figura como uma estratégia de destaque no sentido de formar profissionais de saúde aptos a atuar em equipe, em coerência com as demandas do SUS. Constituiu-se em elemento essencial quando se pensa na produção do cuidado pautado na integralidade, capaz de promover troca de experiências e saberes, respeitando a diversidade, além de viabilizar práticas transformadoras, construção de projetos partilhados e exercício cotidiano do diálogo (Batista, 2013).

O estudo que estamos apresentando buscou analisar a abordagem do território bucal feita por profissionais e estudantes da área médica durante consultas clínicas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do município de São Paulo.

Metodologia

Este trabalho é uma pesquisa de abordagem qualitativa, em que os dados foram derivados da observação participante das atividades clínicas de médicos e estudantes de medicina em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. A observação participante foi realizada por duas pesquisadoras, durante quatro meses de imersão no Projeto Inovação na Produção do Cuidado em Saúde Bucal, após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (501.069/2014).

A referida inovação, proposta no projeto de intervenção em resposta ao edital MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit nº 10/2012, pautou-se na implementação de uma clínica ampliada de saúde bucal na atenção básica, na perspectiva da integralidade.

O Projeto Inovação se dividia em fases, transcorridas ao longo de dezoito meses. A primeira fase, em caráter preliminar à intervenção, consistiu de uma observação participante do trabalho na UBS para possibilitar a compreensão e apreensão da realidade de saúde dos usuários em nível de generalidade clínica, buscando “ver as coisas de dentro” (Haguette, 1995).

A observação participante implicou o acompanhamento da consulta em pediatria, clínica médica, saúde da mulher, saúde do adulto e saúde do idoso e a vivência no trabalho de organização do trabalho na UBS em conjunto com a equipe de enfermagem.

Ao “ver as coisas de dentro”, buscou-se revelar as características do encontro terapêutico. Esse encontro, por vezes, era conduzido por alunos de graduação do curso de medicina, sob a supervisão de residentes, por se tratar de uma unidade escola.

Para registro das informações, foi confeccionado um diário de pesquisa (DP), onde foi produzida uma metáfora da realidade em que as pesquisadoras estiveram imersas durante o estudo (Hess, 2006).

Segundo Lourau (1993), no DP, o pesquisador narra seu contexto histórico-social, implicado com e na pesquisa, refletindo sobre e com sua atividade de diarista. Ele acredita que o diário de pesquisa reflete o processo de pesquisar como meio de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, aproximando o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir em pesquisa, evitando ilusões e fantasias. A restituição do que observa na forma de escrita proporciona uma reflexão própria também a respeito do escrever, produzindo a desnaturalização da ideia ainda fortemente presente no campo da saúde, sobre a suposta neutralidade do pesquisador (Lourau, 1993).

Não há neutralidade na produção narrativa, pois é também nesse momento que se evidenciam os contextos de produção e os processos de legitimação das diferentes interpretações inscritas nos contextos em que são produzidas. A narrativa se caracteriza

Pela ordenação sequencial de ações e eventos; pela configuração de personagens e cenários em que essas ações e eventos são agenciados, colocando em causa a sua relação com os contextos diegéticos (espaços narrativamente estruturados ou internos à narrativa); pelo enredamento desses elementos em histórias (que conformam um todo ou um universo temporal diegético). (Castellanos, 2014, p. 1071).

Partindo do eixo da prática clínica, subdividida nas especialidades visitadas, a análise do material empírico foi influenciada pelo método hermenêutico-dialético, cujas etapas foram: escrita e leitura dos diários de pesquisa para a organização dos dados de observação segundo a proposta analítica; classifi-

cação dos dados com a perspectiva de relação das hipóteses dos pesquisadores com o embasamento teórico para aprofundamento e análise final visando a articulação das reflexões com a realidade estudada, com apontamentos para uma possível transformação do cenário pedagógico (Minayo, 2010).

Resultados e discussão

Processos de formação mais tradicionais não coadunam com a busca pela formação pautada nos pressupostos ético-políticos do sistema de saúde brasileiro. Para a produção do comum, Passos e Carvalho (2015) nos chamam para a reflexão sobre novas ofertas de formação, entendendo que as formas de organização do trabalho, ou seja, as condições concretas de trabalho, podem favorecer essa busca.

Uma das particularidades do comum é manifestar-se nas relações interpessoais e intersubjetivas. Segundo Hardt (2014), o “comum artificial” engloba extensamente os produtos da criação intelectual e artística, e nessa dimensão podemos incluir as políticas públicas que visam produzir bem-estar às pessoas e grupos sociais os mais diferenciados. É, portanto, nesse sentido que as políticas do bem-estar afastam das pessoas a imposição da mercantilização da vida, ou seja, que necessitem, para prover acesso a cuidados de saúde e a outros bens essenciais, de efetuarem trocas no mercado, a comprar serviços de saúde. Dessa maneira, a produção do cuidado em saúde assume sua dimensão coletiva, seja por meio do trabalho das equipes nas unidades de saúde, na atenção primária ou nas especialidades, seja pela oferta e disposição social de tecnologias de proteção coletiva, como são os imunobiológicos, os serviços de retaguarda laboratorial e de vigilância sanitária. Assim, a dimensão cuidadora se expressa como relação entre cidadãos, como política e afetiva, porque expressa vontade e necessidade social e, a um só tempo, é também sociabilidade porque, ao situar-se nessa esfera, explicita relação de ajuda mútua.

A produção do cuidado, finalmente, possibilita “agregar sentido ao que estava disperso em fragmentos” (Passos; Carvalho, 2015, p. 98). A ex-

periência de observar a clínica médica, no intuito de descobrir interfaces para a interação entre diferentes atores que produzem cuidado em saúde, expôs a atuação fragmentada no cotidiano dos serviços. O paciente, com seu corpo vivo, por inteiro, com suas subjetividades, conflitos e contradições, adentra num sistema de saúde tão complexo e diverso daquele criado nas instituições de ensino, e se depara com um profissional que “valoriza a dimensão do orgânico, da doença e da mecanização das práticas” (Mendes, 2013, p. 18) tal como ainda está sendo formado.

Buscamos incorporar o conceito “corpo animado” para nos ajudar a propor um contraponto ao que temos encontrado no campo. Corpo animado, segundo Boff (2014, p. 168),

é nossa memória mais arcaica, pois em seu todo e em cada uma de suas partes, guarda informação do longo processo evolutivo. Junto com a vida do corpo se realizam os vários níveis de consciência (a originária, a oral, a anal, a social, a autônoma e a transcendental) onde essas memórias se expressam e se enriquecem interagindo com o meio.

Os trechos apresentados e discutidos a seguir, extraídos dos DPs, nos remetem a essa dimensão fragmentada ainda tão presente no agir em saúde, de uma clínica do corpo sem boca.

Os sinais e sintomas dos exames físicos

Por se tratar de uma unidade escola, nos momentos em que havia a participação de graduandos percebia-se uma oportunidade para o treinamento detalhado da propedêutica clínica. Destacamos aqui a vivência da clínica geriátrica que foi desenvolvida em minúcias pelos alunos de graduação.

Eles começaram inquirindo a paciente sobre suas condições gerais, queixa, problemas etc. Ambos (dupla de alunos e paciente) se mantiveram sentados apoiados pela mesa e conversaram longamente sobre diversas questões como condição socioeconômica, moradia, trabalho, problemas da vida, problemas de saúde, etc. A conversa durou cerca

de 30 minutos. A principal queixa da paciente era o 'esquecimento' frequente de datas. Fizeram testes específicos para avaliar o grau de 'esquecimento' e me explicaram, posteriormente, que poderia tratar-se de um transtorno cognitivo. Em seguida, a paciente foi convidada a sentar-se na maca e foi submetida à palpação e inspeção de diversas partes do corpo. A palpação iniciou-se pela cadeia de gânglios cervicais, continuando pela tireoide (encontraram um aumento de volume da glândula) passando pela inspeção dos olhos, da boca (o aluno solicitou que a paciente removesse as próteses, 'passou o olho' pela cavidade bucal e perguntou sobre eventuais queixas nesse território), chegando à palpação das mamas quando a paciente já encontrava-se deitada. Identificaram uma cicatriz decorrente da colocação de um marca-passo. Auscultaram o coração e "aferiram" o pulso. Fizeram palpação abdominal e inguinal. Aferiram a pressão arterial (com a paciente deitada, sentada e em pé). Durante todo o exame físico, a conversa se manteve e a paciente foi dialogando, informando melhor sobre suas condições. Tudo foi devidamente anotado no prontuário. (DP).

Foi interessante perceber as ligações feitas entre os achados clínicos e seus possíveis significados, bem como a relação das condições de vida com os sinais e sintomas descritos. Após concluírem todos os procedimentos investigativos, os alunos discutiram o caso com a residente enquanto a paciente esperava na sala da consulta.

Após relatar tudo que encontraram, anotaram as hipóteses diagnósticas e as condutas que deveriam ser adotadas para cada uma delas (havia um quadro na ficha de geriatria com duas colunas, uma de hipótese diagnóstica e outra de conduta terapêutica). Basicamente, nesse momento de investigação, a conduta esteve relacionada à solicitação de exames complementares para diagnóstico ou acompanhamento de doenças já diagnosticadas e às orientações para amenizar problemas imediatos como a utilização de agenda para auxiliar na redução do "esquecimento" e orientação sobre higienização das próteses dentárias. (DP).

Na clínica pediátrica, a conduta foi similar. Havia uma conversa inicial, direcionada ao responsável na maioria das vezes, seguida de uma abordagem física em busca de "anormalidades".

Toda consulta se baseia em cinco diagnósticos (patológico, vacinal, social, familiar, nutricional e mental). Ao analisar a ficha utilizada por elas (gentilmente me cederam uma cópia) consegui identificar as perguntas relacionadas a cada um dos diagnósticos. Após a conversa inicial e a acolhida da queixa (caso exista), a criança é submetida ao exame físico que é iniciado na cabeça e vai em direção aos membros inferiores, percorrendo todo o corpo com ausculta e palpação. Além disso, as crianças são pesadas e tem o perímetro cefálico medido para controle de crescimento. No prontuário, há gráficos específicos para esse controle. (DP).

A consulta era realizada de maneira bem mais rápida do que as consultas de geriatria, o que pode ser explicado pelo caráter pedagógico, pois era desenvolvida por profissionais com vários anos de experiência, enquanto a primeira era desenvolvida por discentes.

Acrescenta-se o fato dos pacientes pediátricos serem por vezes mais impacientes que os idosos e com menos intercorrências médicas a serem levantadas.

Outra percepção sobre o agir clínico foi manifestada nesse trecho do diário de pesquisa:

Acho que por um pré-conceito que eu mesma criei sobre o Dr. [...] Ao longo das consultas fui percebendo que ele [...] é focado nas queixas, exames, receitas, retornos dos pacientes. Apenas nas questões "médicas". Alguns [pacientes] até tentavam falar alguma coisa da vida pessoal, fazer uma graça, mas ele não dava muita bola. E nessas horas os pacientes olhavam para ele, e depois para mim. Ele não falava muito, e eu dava um sorrisinho simpático, nem podia falar. Mas pensei que se fosse eu, não conseguiria "ignorar" o paciente. (DP).

Nesse caso, o modo-de-ser-trabalho prevalece sobre o modo-de-ser-cuidado. O cuidado não se opõe

ao trabalho, mas lhe confere outra tonalidade. A relação não deve ser a de domínio, mas de convivência (Boff, 2014).

É no encontro com o outro que é produzido o acolhimento – momento em que o outro mostra sua presença por meio de falas e afetos e é ouvido pelo profissional, um “agir centrado nas tecnologias leve-relacionais”. O acolhimento apresenta um efeito fundamental na elaboração do projeto terapêutico porque reconhece o outro como “legítimo desejante e sabido” e enxerga suas necessidades como o centro do processo, proporcionando uma produção do cuidado competente e baseada “nos modos de produção das distintas formas de viver”, essencial no campo da saúde, na qual “o organizador de sentido dos seus agires é sempre as lógicas da vida do usuário, o mundo das suas necessidades, que se fazem aí presentes no ato do encontro” (Merhy, 2013, p. 257).

A centralidade da atenção de saúde no usuário, defendida por aqueles contrários à dessingularização (observadores ou analistas das condições de interação ou da ordem dos encontros), diz de uma orientação da atenção ao outro, não para com os fatores externos ao encontro, como técnica, rotina, protocolo, profissão, instituição ou razão. Logo, essa centralidade no usuário é a centralidade no encontro/na interação, centralidade no contato com a alteridade. A atenção implicando a constitutividade de relações de alteridade, portanto, implicando encontros para além das forças a que chamamos por externas. Aí, o cotidiano do atender passa a ser visto como um campo singular da produção de saúde, e não como um campo particular da prestação de assistência. O cotidiano adquire natureza de produção de realidades, trabalho vivo em ato, constituidor de mundo, território de disputa com as ditas forças externas pelas forças de criação. (Ceccim; Merhy, 2009, p. 533).

Além disso,

Consideramos como centralmente terapêutico os processos de produção do cuidado medidos pela capacidade de manter ou enriquecer as redes de conexões existenciais de alguém, e não simples-

mente fazer os processos de remissões de sintomas ou sinais, por ideais de curas como simples recuperações de funções orgânicas. (Merhy, 2013, p. 257).

A clínica de saúde do adulto apresenta algumas diferenças na forma como o paciente é abordado. Não há a realização de um exame físico tão minucioso e a conversa é direcionada para a queixa do paciente. A pesquisadora registrou assim em seu diário:

Bem, até agora acho que as consultas “menos interessantes” são as do setor de saúde do adulto porque a conduta está sempre baseada na queixa, com um exame clínico direcionado para essa queixa e, geralmente, os pacientes estão sob acompanhamento há muito tempo o que torna ‘desnecessário’ a realização de exame clínico completo. (DP).

Merhy faz uma crítica a esse processo de trabalho

Capturado por seu gerenciamento, por sua protocolização, por sua corporativização ou pelas racionalidades em que se inscreve ou de onde se desdobra. [...] o profissional [...], ao atuar no cotidiano dos serviços, junto aos usuários, está submetido a ordenamentos que definem, de forma imperativa, suas formas de agir/pensar na prestação da atenção ou no exercício da clínica. Dizemos, portanto, que uma ordem profissional ou as condições de trabalho realizam a captura do profissional, que não age e nem pensa por si mesmo, atua como refém de políticas da atenção (modelos assistenciais), tal como vigentes em sua corporação profissional ou nos sistemas e serviços de saúde. (2013, p. 266).

Daí o caráter ‘prescritivista’ das consultas, que nos gerou a categoria seguinte.

Os exames clínicos e complementares

O caráter “prescritivista” das consultas médicas revela uma diferença nas formas de organizar o agir clínico da medicina e da odontologia, esta sem dúvida sendo menos medicamentosa e mais proce-

dimental, isto é, cirúrgico-restauradora. O registro no diário confirma isso:

Outra coisa que tem me chamado bastante atenção é o caráter extremamente prescritivo da clínica médica. Em suma, os médicos solicitam exames e prescrevem medicamentos. Acontece isso em 99,9% das consultas. (DP).

Para Boff (2014, p. 144), a “relação do ser humano sobre o instrumento se tornou uma relação do instrumento sobre o ser humano”.

Tornamo-nos dependentes do aparato tecnológico e minimizamos o potencial do encontro entre sujeitos (profissional-paciente). Sem desprezar os recursos que auxiliam na produção do cuidado em saúde, há que se “combinar o valor técnico da produção material com o valor ético da produção social” (Boff, 2014, p. 145).

É preciso ir além do agir sobre o corpo biológico, orgânico e mecânico, compreender que o cuidado deve operar na complexidade do encontro micro-político entre trabalhador e usuário, entendendo, como Merhy (2013), que o trabalho em saúde é vivo, acontece em ato, no encontro com o outro. Por isso, a dimensão tecnológica do cuidado expressa-se dialogicamente como diferenciações e aproximações entre o saber e o fazer:

Nessa condição, o cuidar do outro é operado por distintas modalidades de saber e fazer, não culmina com as práticas particulares das profissões, das tecnologias do cuidado ou dos protocolos, prolonga-se pela invenção de si, dos entornos, de mundos. Esta é uma pontuação necessária no momento atual em que vivemos, onde a conformação do campo da saúde, nas sociedades mais ocidentalizadas, vive uma **contemporaneidade** do fenômeno da **medicalização** e suas consequências, entre as quais: um perfil de prestação das práticas de atenção, de educação dos profissionais da área e de gestão dos sistemas de saúde para a oferta ampliada destas práticas em forma de diagnóstico, prescrição e condutas coletivas. (Ceccim; Merhy, 2009, p. 535, grifos do autor).

Se Merhy (2013) identifica que a conduta profissional é refém das políticas de atenção vigentes na corporação profissional ou nos sistemas e serviços de saúde, percebe-se que, no contexto da formação de graduandos, há ainda um descompasso anterior à inserção nos cenários de prática dos serviços públicos de saúde.

Os dois exemplos seguintes ilustram o desconhecimento da organização do serviço (particularmente em relação ao prontuário único) e da própria conformação de um sistema hierarquizado em níveis de atenção. Em detrimento da clínica ampliada, a clínica aparece fragmentada, restrita ao momento em que é realizada, sem quaisquer ligações com o histórico de saúde dos usuários:

Percebi, por exemplo, a fragmentação do setor quando os alunos negligenciaram as informações já contidas no prontuário da paciente como exames de controle de glicemia e dislipidemia, aferições de pressão etc. Além disso, repetiram uma série de perguntas que já constavam no prontuário como datas de prescrições de medicamentos e realização de procedimento. A paciente é acompanhada, rotineiramente, pela médica clínico-endócrino e repetiu isso diversas vezes, mas os alunos e até a médica residente ignoraram a informação e solicitaram ultrassonografia de tireoide que já havia sido feita pela paciente no ano corrente. Eles também não entenderam quando a paciente afirmou fazer tratamento oftalmológico na própria unidade e anotaram que ela era acompanhada pelo Hospital das Clínicas. Também não entenderam quando a paciente relatou estar inserida no programa de atividade física disponibilizado pela UBS. (DP).

Registra-se uma inferência realizada por meio da ‘experenciamento’ do setor de geriatria, organizado por uma disciplina de um curso de medicina de uma instituição pública de ensino. Foi evidente o desconhecimento da organização do serviço de saúde onde a prática clínica ocorria e, para além disso, os alunos de graduação e até os médicos residentes demonstram alguma confusão em relação ao papel da Atenção Primária (APS)/Atenção Básica

(AB) à saúde. O recorte do DP apresentado a seguir confirma esse achado:

Um outro fato que me chamou atenção foi a pergunta feita por um dos alunos: mas aqui é uma UBS? O que estaria por trás dessa pergunta? Estou refletindo até o momento. Será que eles não conhecem o serviço previamente à inserção na clínica propriamente dita? Certamente não, o que configura comprometimento da aprendizagem integral. Em algum momento a residente afirmou que o “tratamento” acabava ficando comprometido por se tratar de uma UBS e não haver possibilidade de solicitar todos os exames que ela deseja ou efetuar a internação dos pacientes como era possível fazer no Hospital. Seria então a reprodução de um modelo hospitalar em nível primário? Isso me confundiu bastante. Certamente, os alunos de medicina constroem uma visão de atenção à saúde pautada pelo modelo hospitalar, centrado em tecnologias leve-duras e duras. No entanto, a clínica que eu presenciei esteve durante todo o seu curso baseada em tecnologias leves. Fica a incoerência para mais reflexões. (DP).

A interface com a saúde bucal

Em outro momento, os alunos de graduação de medicina aproveitaram a presença da cirurgiã-dentista para pedir apoio na avaliação da condição bucal, o que nos dá indícios sobre o potencial do trabalho multiprofissional.

Havia algumas perguntas sobre a boca do paciente e um exame clínico. Como o aluno não entendia muito (curioso!), pediu minha ajuda para avaliar a saúde bucal da paciente. Da maneira que pude (com espátulas de madeira) avaliei os dentes e a mucosa da paciente, que aparentemente não apresentava alterações. Tentei explicar para ele o que deveria observar e checar na cavidade bucal. Após preencher toda aquela ficha, o aluno foi apresentar o caso para o médico responsável (enquanto isso o paciente aguardava fora do consultório). Acompanhei-o e ele perguntou sobre a relação dos

dentes com a saúde geral do paciente (como se uma coisa não estivesse implícita na outra). Expliquei como pude. (DP).

Entretanto, a percepção foi a de que esse pedido era delegado à categoria profissional cuja responsabilidade recai sobre a boca, não havendo o esforço para a troca/apropriação de conhecimentos.

Para Passos e Carvalho (2015, p. 96), “formar é também apoiar equipes em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de cumplicidade com os agentes das práticas”.

Na clínica de geriatria, os alunos olharam a cavidade bucal, após a remoção das próteses, entretanto não conseguiram interpretar o que estava sendo observado. A paciente fazia uso de próteses parciais removíveis, em estado deficiente, inclusive com problemas de adaptação, responsáveis por uma lesão eritematosa (provavelmente uma estomatite protética) no palato.

Claramente, a ação de examinar a boca da paciente, nesse caso, foi superficial, rápida, mecânica e acrítica, cumprida porque o protocolo previa a inspeção da cavidade bucal.

Quando foram discutir o caso com a residente, ela questionou os alunos sobre as condições bucais - talvez, de alguma forma, a presença de uma cirurgiã-dentista tenha induzido a esse tipo de questionamento - e eles afirmaram não haver quaisquer alterações. A residente fez uma breve explanação sobre próteses mal adaptadas e doença periodontal sem conseguir interligar essas manifestações com outras sintomatologias apresentadas pela paciente como perda de apetite, por exemplo.

Nas consultas pediátricas, o profissional solicitou que a criança abrisse a boca durante o exame físico, mas o objetivo era visualizar as amígdalas. Havia alguma preocupação com a cronologia de erupção dentária, decídua e permanente, e com as lesões de cárie, reunidas sob a forma de manchas escuras nos dentes.

Na consulta de saúde da mulher não houve nenhum questionamento sobre condições bucais, apesar da médica afirmar que mulheres no climatério apresentam grandes modificações nessa região.

Para agregar mais elementos que reafirmam a clínica do corpo sem boca, segue o relato de um acontecimento vivenciado na clínica de saúde do adulto:

Um fato curioso foi o relato de um paciente que procurou o médico porque estava perdendo peso sem motivo aparente. Após descrever seus sintomas longamente, se queixou de dores nos maxilares. O médico ignorou completamente a queixa e não explorou o assunto. Isso me fez concluir que não só os profissionais cirurgiões-dentistas separam a cavidade bucal do corpo biopsicossocial mas, os médicos, também veem um corpo sem boca e não demonstram conhecer o território bucal nem mesmo para proceder encaminhados adequados. (DP).

Durante o mutirão de triagem - estratégia adotada pela UBS - que consistia numa conversa em grupo com pacientes agendados (novos e retornos) e de três a quatro profissionais de nível superior, com o intuito de agilizar o fluxo dos encaminhamentos na própria unidade antes da consulta de clínica médica, também não se fazia qualquer abordagem relacionada à saúde bucal, justificada pelas deficiências do setor de saúde bucal da unidade:

Quando o último usuário saiu, eles me perguntaram o que eu pensava com relação ao que poderia ser feito em saúde bucal. Antes que eu respondesse, alguém disse que seria ruim perguntar sobre problemas específicos de saúde bucal porque não haveria como fazer encaminhamentos para a dentista, já que as vagas eram muito restritas e que isso criaria expectativas que não seriam supridas. (DP).

No entanto, é imprescindível que o usuário deixe de ser tratado como um indivíduo esquartejado, ou ainda reduzido a um diagnóstico anatômico, nesse caso desprovido de cavidade bucal. Mais uma vez, para a classe médica - falando de modo genérico - as condições bucais se expressam como “coisa de dentista” (Botazzo, 2013). Como foi lembrado por este autor,

No consultório, o médico pede ao paciente para abrir a boca apenas para inspecionar da garganta em diante. Creio que a maior parte dos consultantes de uma unidade de saúde não tem condições de identificar doenças bucais ou, se o faz, não é substantivamente diferente do identificar que o paciente já fez ou poderia ter feito. O médico não “vê” nenhuma lesão, é possível, dado não dispor de nenhuma proposta de intervenção técnica organizada em seu conhecimento e dirigida ao cavum. (Mendes, 2013, p. 61-62).

A separação corpo-boca precisa ser superada a partir dos dois olhares e o conteúdo de saúde bucal necessita ser incorporado por outras áreas.

Considerações finais

Sabe-se da existência de um olhar direcionado à cavidade bucal por parte dos cirurgiões-dentistas, com a conseqüente dissociação da boca do corpo, tanto em sua dimensão biológica quanto psíquica e social (Mendes, 2013).

A ‘experienciação’ das clínicas na UBS revelou a visão centrada no que “sobra do corpo” ao retirar a boca. Ou seja, a desconexão corpo-boca é reforçada também na área médica.

A produção do cuidado, compreendida na perspectiva do corpo vivo, requer que se alie diferentes saberes, práticas e tecnologias de ordem material e não-material (Mendes, 2013).

A clínica do sujeito demanda trabalho em equipe, escuta ampliada, atenção às singularidades, ponderação e partilha de dúvidas e incertezas com outros profissionais (Campos, 2003). Nesse sentido, é imprescindível a compreensão da atuação interprofissional desde a formação, já que para ‘fazer junto’ no trabalho em saúde, é necessário ‘aprender junto’ sobre o cuidado em saúde (McNair, 2005).

Para avançarmos nesse desafio, a composição ensino-serviço ou a formação em saúde com os serviços permitirá superarmos o olhar esvaziado de sentido e fazermos uma clínica respaldada no

princípio da integralidade do cuidado e atenção à saúde para além das partes.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-82, 2012.
- BATISTA, N. A. A educação interprofissional na formação em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Org.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 59-68.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.
- BOTAZZO, C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014.
- CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface*, Botucatu, v. 13, p. 531-542, 2009. Suplemento 1.
- HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- HARDT, M. *Isto não é um manifesto*. São Paulo: Boitempo, 2014.
- HESS, R. Momento do diário e diário dos momentos. In: SOUZA, E. C.; ABRAHÃO, M. H. M. B. (Org.). *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2006. p. 89-103.
- LOURAU, R. *René Lourau na UERJ - 1993: análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- MCNAIR, R. The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Medical Education*, Oxford, v. 39, n. 5, p. 456-464, 2005.
- MENDES, V. M. *As práticas corporais e a clínica ampliada: a educação física na atenção básica*. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Escola de Educação Física e Esportes da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- MERHY, E. E. Ver a si o ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Org.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 248-267.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 95-113.
- PASSOS, E., CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS: abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, p. 92-101, 2015. Suplemento 1.

Contribuição dos autores

Fonsêca, Botazzo e Junqueira trabalharam no delineamento do estudo, na coleta, análise e discussão dos dados, bem como na elaboração do texto. Carvalho aprofundou a discussão e, em parceria com Araujo, revisou a redação final do texto.

Recebido: 14/05/2016

Reapresentado: 20/09/2016

Aprovado: 26/09/2016