# UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC MESTRADO EM AMBIENTE E SAÚDE

TANIA MARIA SBEGHEN DE OLIVEIRA

ANAMNESE SISTÊMICA NA FORMAÇÃO MÉDICA CONTEMPORÂNEA: EM ATENÇÃO AO ADOLESCENTE

**LAGES** 

#### TANIA MARIA SBEGHEN DE OLIVEIRA

# ANAMNESE SISTÊMICA NA FORMAÇÃO MÉDICA CONTEMPORÂNEA: EM ATENÇÃO AO ADOLESCENTE

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC.

**Orientadora**: Dra. Marina Patrício de Arruda.

**LAGES** 

#### Ficha Catalográfica

Oliveira, Tania Maria Sbeghen de.

O48a

Anamnese sistêmica na formação médica contemporânea : em atenção ao adolescente / Tania Maria Sbeghen de Oliveira. — Lages : Ed. do autor, 2017.

133p.:il.

Dissertação (Mestrado) — Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Mestrado em Ambiente e Saúde

Orientadora : Marina Patrício de Arruda

1.Saúde. 2. Saúde do adolescente . 3. Formação médica. Arruda, Marina Patrício de (orient.) . I. Título.

CDD 613.0433

#### TANIA MARIA SBEGHEN DE OLIVEIRA

Dissertação intitulada "ANAMNESE SISTÊMICA NA FORMAÇÃO MÉDICA CONTEMPORÂNEA: EM ATENÇÃO AO ADOLESCENTE" foi submetida ao processo de avaliação e aprovada pela Banca Examinadora em 28 de fevereiro de 2018, atendendo as normas e legislações vigentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense para a obtenção do Título.

#### MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE

#### Banca examinadora:

wanda
Dra. Marina Patríció de Arruda (PPGAS - UNIPLAC)
Dr/Alessandro Giraldes Iglesias (UNIPLAC)
A Dynie
Dra. Lucia Ceccato de Lima (PPGAS - UNIPLAC)
Dra. Maria Conceição de Oliveira (UFFS)
Dra. Ana Emília Siegloch (PPGAS - UNIPLAC)

#### **AGRADECIMENTOS**

Agradeço pelo caminho que me trouxe até aqui

E a todos que estiveram comigo em minhas vivências.

E hoje, todos que participaram desta construção.

O privilégio da minha família: meus pais, filhos queridos Romulo e Marília, e Laércio:

### **OBRIGADA!**

Professora Marina, um encontro... para novas aventuras, quiçá disruptivas!

E aos adolescentes que continuam me encantando.

... meu carinho e gratidão!

## A CONSTRUÇÃO

Eles ergueram a torre de Babel para escalar o céu.

Mas Deus não estava lá!

Estava ali mesmo, entre eles,
ajudando a construir a torre...

Mario Quintana

#### **RESUMO**

No serviço de saúde, tendo em vista a complexidade do atendimento à adolescentes, observase hoje uma mudança significativa na prática da atenção integral, implicando na sua reestruturação. As dimensões éticas e humanísticas no atendimento do adolescente são práticas pertinentes ao movimento contemporâneo, conjuntamente com a evolução tecnológica. Nesse sentido, a formação médica também precisa evoluir considerando que o instrumento para o atendimento hebiátrico é a escuta. Essa pesquisa teve por objetivo compreender as implicações da anamnese sistêmica na formação e atendimento médico de adolescentes por acadêmicos. Considera-se que conhecer as implicações do pensamento sistêmico no atendimento médico de adolescentes, pode indicar possibilidades de discussão, para melhoria da qualidade da formação e prática profissional. Tratou-se de um estudo qualitativo realizado por meio de uma roda de conversa, estratégia metodológica que estimula a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, e troca de informações para novas aprendizagens. Nesse estudo, a anamnese sistêmica teve como base de discussão a perspectiva da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, e a do pensamento complexo de Edgar Morin, para a compreensão integralidade do atendimento ao adolescente. O estudo concluiu provisoriamente, que o maior desafio do terceiro milênio está em mudar o pensamento, para agir e ligar dois sistemas de pensamento: o linear e o sistêmico. Assim, poderemos pensar numa anamnese sistêmica para a formação médica contemporânea.

**Palavras-Chaves**: Formação médica contemporânea. Anamnese sistêmica. Atendimento médico de adolescentes. Pensamento sistêmico.

#### **ABSTRACT**

In the health service, considering the complexity of the service to the adolescents, a significant change in the practice of integral attention is observed today, implying in its restructuring. The ethical and humanistic dimensions in adolescent care are practices pertinent to the contemporary movement together with technological evolution. In this sense, the medical training also needs to evolve considering that the instrument for the hebiátrico attention is the listening. This research aimed to understand the implications of systemic anamnesis in the training and medical care of adolescents by academics. It is considered that knowing the implications of systemic thinking in the medical care of adolescents may indicate possibilities for discussion to improve the quality of training and professional practice. It was a qualitative study carried out through an open debate, a methodological strategy that stimulates the construction of the autonomy of the subjects through the problematization and exchange of information for new learning. In this study, the systemic anamnesis was based on the perspective of Bronfenbrenner's Bioecological Theory and the complex thinking of Edgar Morin for a comprehensive understanding of adolescent care. The study tentatively concluded that the greatest challenge of the third millennium lies in changing the thinking to act and connect two systems of thought: linear and systemic. Thus, we can think of a systemic anamnesis for contemporary medical education.

**Keywords:** Contemporary medical training. Systemic anamnesis. Medical care of adolescents. Systematic thinking.

#### RESUMEN

En el Servicio de salud, teniendo en cuenta el alcance del servicio a los adolescentes, se observa un cambio significativo en la práctica de la atención integral se percibe hoy en día. El énfasis y las dimensiones de la economía en el proceso de adaptación son prácticas apropiadas para el movimiento contemporáneo junto con la evolución tecnológica. En este sentido, la formación médica también necesita evolucionar considerablemente que el instrumento para la atención hebiática es la escucha. Esta investigación esta centrada en comprender las consecuencias de la anamnesis en el entrenamiento y el cuidado médico de los adolescentes por académicos. Se considera que el conocimiento de la causa de la mentalidad mental en el cuidado médico de los adolescentes puede indicar las posibilidades de discutir para mejorar la calidad de la formación profesional y la práctica. En el caso de que se produzca un cambio en la calidad de la información, En este estudio, el sistema antical anamnesis se basó en la perspectiva de la Broncebrenner's Bioecological Theory y la compleja comprensión de Edgar Morin para una comprensión consciente de la adolescencia. El estudio intenta estimar que el gran desafío del tercer milenio ha cambiado en el cambio de los deseos de actuar y conectar dos sistemas de pensamiento: lineal y systemic. Por lo tanto, se puede pensar de un sistema de anamnesis para la medicina contemporánea.

**Palabras clave:** formación médica contemporánea. Anamnesis sistémica Atención médica de adolescentes. Pensamiento sistemático.

#### LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP – Academia Americana de Pediatria

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

AMURES – Associação de Municípios da Região Serrana

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

CINAEM — Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CSN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
 IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HISB – Hospital Infantil Seara do Bem

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PBL - Problem Based Learning

PPTC - Pessoa - Processo - Contexto - Tempo

PROMED — Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas

PROSAD — Programa de Saúde do Adolescente

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPSP – Sociedade de Pediatria de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner	49
Figura 2. Aspectos relacionados ao Movimento Sistêmico	52
Figura 3. Árvore sistêmica representando vários níveis de complexidade dentro de um	
organismo vivo individual.	57

# LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Conceitos sobre pensamento sistêmico e a sua hierarquia	52
Quadro 2. Resultados – Primeira Unidade: O processo de anamnese utilizada no atendimen médico de adolescentes.	ito 69
Quadro 3. Resultados – Segunda Unidade: Paradigma /complexidade/ interdependência.	70
Quadro 4. Resultados – Terceira Unidade: Atendimento do adolescente.	70
Quadro 5. Resultados – Quarta Unidade: Conversações sobre habilidades à serem desenvolvidas para uma anamnese sistêmica	72
Quadro 6 – Quinta Unidade: Conversações sobre as dificuldades encontradas ao longo do processo de anamnese sistêmica	72

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DE PESQUISA	23
1.2 ESCUTA: O LADO OCULTO DA LINGUAGEM	
1.3 ATENDIMENTO MÉDICO E OS PILARES DA CONSULTA AO ADOLESCE	NTES 33
1.4 ÉTICA E BIOÉTICA NO ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE	35
1.5 CONCEITOS DE PUBERDADE E ADOLESCÊNCIA	39
1.6 A ABORDAGEM ECOSSISTÊMICA	43
1.7 TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO ADOLESCENTE	44
1.7.1 Teorias Psicanalíticas	44
1.7.2 Teorias Cognitivas	46
1.7.3 Teorias Comportamentais e Sociais Cognitivas	48
1.7.4 Teoria Ecológica e o Pensamento Complexo	49
1.8 POR UM PENSAMENTO SISTÊMICO PARA O ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES	
1.8.1 Teorias Sistêmicas Clássicas	55
CAPÍTULO II PERCURSO METODOLÓGICO DE PESQUISA	62
2.1 CONTEXTO DA PESQUISA	
2.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	63
2.3 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA	63
2.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS	65
2.5 ASPECTOS ÉTICOS	67
2.6 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA PESQUISA	68
2.7 ASSISTÊNCIA DOS RISCOS	68
2.8 ANÁLISE DE DADOS	68
CAPÍTULO III RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO	
3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS UNIDADES SIGNIFICADO E SENTIDO	75
3.2.1 O processo de anamnese utilizada no atendimento médico de adolescentes: 1ª ur de significado e sentido.	
3.2.2 Paradigmas, complexidade e interdependência: 2ª unidade de significado e senti	do 80

3.2.3 Conversações sobre atendimento do adolescente: 3ª unidade de significado e sentido.	84
3.2.4 Conversações sobre habilidades a serem desenvolvidas para uma anamnese sistêmica quarta unidade de significado e sentido	
3.2.5 Conversações sobre as dificuldades encontradas ao longo do processo de anamnese sistêmica: quinta unidade de significado e sentido	100
3.3 O SENTIDO DA RODA DE CONVERSA: UMA AVALIAÇÃO REFLEXIVA DA ESTRATÉGIA METODOLÓGICA UTILIZADA (SEXTA UNIDADE DE SIGNIFICAD	
CONCLUSÕES	
REFERÊNCIAS	112
ANEXOS	124
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	
Anexo II – Roteiro para a Roda de Conversa sobre a Percepção dos Acadêmicos do Curso Medicina sobre Anamnese Sistêmica no Atendimento de Adolescentes e suas Implicações	
para a Formação Médica	127
Anexo III – Anamnese Sistêmica do Adolescente	128

## INTRODUÇÃO

Essa pesquisa diz respeito ao atendimento médico sistêmico de adolescentes que buscam o ambulatório especializado do Hospital Infantil Seara do Bem (HISB) da cidade de Lages SC. Compreender as implicações da anamnese sistêmica no atendimento médico de adolescentes pode contribuir na melhoria da qualidade, da formação e prática profissional médica.

Ao longo do aprendizado no atendimento especializado de adolescentes, no município de Lages, observamos a necessidade de um olhar ampliado na abordagem ambulatorial e no atendimento terciário: surgem questões que precisamos avaliar com o rigor científico, para propor ações pertinentes à situação e ao local. Ações essas, embasadas em práticas já referenciadas, porém adaptadas às nossas necessidades. Importa considerar, que na rede básica, no espaço geográfico, social e familiar do jovem é o ambiente onde a saúde do jovem deve ser prioritariamente desenvolvida.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) trouxe o enfoque de proteção integral para as crianças e adolescentes que, sem distinção de raça, cor, ou classe social, são reconhecidos como sujeitos de direitos. O artigo 11 do ECA, assegura o atendimento integral à criança e ao adolescente por meio do SUS (ECA, 2015).

Esses princípios reconhecem os adolescentes e jovens como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento deve fortalecer a autonomia, oferecendo apoio sem valor de juízo. A viabilização destes princípios contribui para uma melhor relação cliente-profissional, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas. Esses mesmos princípios ampliam a capacidade profissional no encaminhamento das ações necessárias e favorecem o vínculo da clientela com o serviço (SECRETATIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006).

Reconhecendo a vulnerabilidade do grupo jovem, de 15 a 24 de idade, às repercussões sobre o processo saúde – doença, advindas das determinações socioeconômicas e políticas da Reforma do Estado, o Ministério da Saúde ampliou a especificidade no atendimento em saúde à faixa etária de 10 a 24 anos, instituindo o conceito de juventude.

Em 2010, para nortear ações, integradas às políticas sanitárias, ações e programas já existentes no SUS, com foco na situação de saúde dos jovens, são propostas pelas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de

Adolescentes e Jovens, sensibilizando gestores para uma visão integral do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Busca ainda, estratégias Inter federativas e intersetoriais para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e jovens, repercutindo no desenvolvimento saudável desse grupo.

Sendo assim, é fundamental que a saúde desse segmento populacional seja incluída nas análises de situação sanitária das regiões de saúde para orientar a construção de estratégias, integradas com as ações, programas e políticas de desenvolvimento, principalmente para a promoção da saúde; na prevenção aos agravos e enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e outras drogas e dos problemas resultantes de violências; na prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e para melhoria do atendimento ao crescimento e ao desenvolvimento, à saúde sexual e reprodutiva, notadamente à gravidez na adolescência e ao planejamento sexual e planejamento reprodutivo.

É necessário enfatizar que a produção de saúde para adolescentes e jovens não se faz sem que haja fortes laços intersetoriais que abram canais entre o setor saúde e a participação e colaboração de outros setores, e da própria comunidade, especialmente das pessoas jovens e suas famílias, uma vez que as necessidades de saúde ampliada, dessa população, ultrapassam as ações do setor de saúde (BRASIL, 2010).

Objetivando dizer que, não obstante a importância dos serviços de especialidade e de referência em hebiatria, é indispensável pensar à saúde de adolescentes no âmbito de atenção primária. Profissionais de medicina, hebiatras e não hebiatras, enfermeiros e técnicos, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, professores, entre outros devem estar preparados para acolher e responder adequadamente a essa importante demanda à APS (LOURENÇO, 2015).

A preocupação com a adolescência permite-nos iniciar esta problematização, em consórcio com a prática acadêmica, na educação médica, destacando conceitos fundamentais à construção de um projeto para a dissertação de mestrado. Na busca, um modelo de instrumento para a anamnese de adolescentes e jovens, pelos acadêmicos do curso de medicina da UNIPLAC, Lages. Atividade acadêmica desenvolvida no Ambulatório de Hebiatria HISB, na metodologia do pensamento sistêmico. Como profissional de saúde, voltamos a atenção à saúde do adolescente. Como educador, possibilidades de desenvolver habilidades com os acadêmicos no atendimento integral, ético e em conexão com o perfil contemporâneo.

Neste contexto, considerando que a saúde do adolescente significa um desafio para a atuação dos profissionais de saúde, que se dedicam ao atendimento deste grupo populacional,

destacamos a importância dos programas de atenção integral, proposta que acrescenta à prática médica vigente.

Se há bem pouco tempo, a atenção se dava de forma tradicional, limitada a oferecer tratamento aos pacientes a partir dos sintomas relatados, hoje ocorre uma mudança significativa na prática da atenção integral exigindo do médico uma restruturação na prestação de serviço. Tendo em vista essa mudança estratégica da atuação médica, é que nos deparamos com inúmeras questões no atendimento a adolescentes, afinal o que significa prestar uma atenção integral a adolescentes? Como incentivá-los a fazer suas escolhas com responsabilidade? Como lidar com a normatização dos costumes e condutas dentro do âmbito da ética na temporalidade contemporânea e no espaço virtual?

Neste contexto, inserir no Serviço de Saúde fundamentos práticos onde liberdade e responsabilidade sejam princípios tanto para o profissional, quanto para o usuário.

Trabalhar pela saúde dos adolescentes exige visão e abordagem sistêmica das necessidades desse grupo. A saúde precisa ser entendida na sua acepção mais abrangente, com suas diversas dimensões e multiplicidades causais (BRASIL, 2010).

As ações prioritárias na solução de problemas de saúde devem ser efetuadas, sem deixar de oportunizar o atendimento do adolescente em suas múltiplas necessidades, ampliando os cuidados (RUZANI, 2009).

Nos anos iniciais da formação médica, faz parte do aprendizado aulas de anatomia, dissecção de cadáveres e leituras extensivas de memorização. A atividade médica inclui a atividade clínica embasada na semiologia e propedêutica. Esta pode ser iniciada em ambulatórios de UBS, de especialidades e\ou serviços terciários, com pacientes internados, muitas vezes situações e patologias complexas, eventualmente terminais. Situação que determina geralmente, afastar-se da proposta semiológica e propedêutica e focar na patologia. (HELMAN, 2003).

A instrumentalização da semiologia e propedêutica no ensino médico é formulada com dois procedimentos: anamnese e exame físico. A coleta da história do paciente se dá por meio de roteiro, incluindo dados de identificação, sociodemográficos, avaliação da queixa principal com seus desdobramentos: cronologia dos sintomas e situações associadas, antecedentes mórbidos, situação familiar e social.

O exame físico é balizado pela anatomia topográfica do corpo humano, dividido em regiões e sistemas. Inspeção, avaliação dos sinais vitais, antropometria, percussão, palpação, ausculta; utilização de otoscópio, oftalmoscópio, lanterna, etc. (GROSMANN, 2012a).

Concluída a semiologia e propedêutica, a construção do pensamento clínico, passa para a formulação de hipóteses diagnóstica, com base na clínica e epidemiologia. Em conjunto referindo os diagnósticos diferenciais e solicitação de exames complementares para confirmar diagnóstico, se necessário.

Na adolescência, o estudo dos sinais e sintomas, bem como a sua articulação com os dados epidemiológicos na construção de diagnósticos ganham contornos específicos. O corpo muda muito mais rapidamente durante o período da adolescência do que durante a maior parte dos outros períodos da vida. Essa particularidade já é percebida na própria palavra adolescência, que deriva do verbo latino adolescere, cujo significados é crescer até a maturidade, e no verbete puberdade, derivado de pubertas e pubescere, que denotam, respectivamente, idade da maioridade e aparecimento de pelos. Além das mudanças biológicas, a adolescência tem como características as marcantes transformações emocionais e de inserção social, o que determinam especificidades no estabelecimento do vínculo entre o médico, o adolescente e sua família (GROSSMAN, 2005, p. 2).

A formação médica é complexa, eclética, técnica, ética, bioética e humana. O atendimento do adolescente por pediatras, hebiatras, clínicos especialistas, cirurgiões exige o conhecimento destes pacientes em sua fase de desenvolvimento. Esta interação médicopaciente é uma inquietação no meio acadêmico. Com a evolução tecnológica da medicina a prática profissional, muitas vezes, desvaloriza as dimensões éticas e humanísticas. No atendimento do adolescente trabalhar somente com a doença, sem aproximar-se do ambiente e vivência do paciente, o profissional não terá cumprido seu papel. Para efetuação da consulta, há necessidade de estabelecer vínculo de confiança, para o diagnóstico e programação de condutas, exige do profissional habilidades, seguindo a narrativa do paciente, dando sentido a sua linguagem simbólica, manifestada por palavras, gestos, emoções e sinalizações no corpo (GROSSMAN, 2004). Nesse sentido, a formação médica também precisa mudar considerando que o atendimento hebiátrico inicia-se pela escuta e observação. Pois, avaliamos a fala e aquele que comunica.

No entanto, precisamos para o atendimento adolescente ressignificar a linguagem, que significa escutar e interpretar. Prestando atenção na qualidade da relação comunicativa entre o adolescente e o profissional (LOURENÇO, 2015).

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Hebiatrico – da palavra hebiatria; Hebe filha de Zeus e Hera. Deusa grega da juventude. Antepositivo: HEB (juventude, adolescência, vigor da juventude) + pospositivo IATRA (do grego médico, curandor) = HEBIATRIA, MEDICINA DA ADOLESCÊNCIA.

Em se tratando do atendimento de adolescente, a anamnese é a ferramenta instituída no oficio da medicina como pedra fundamental para a compreensão da complexidade dos processos de adoecimento (GROSSMAN, 2012).

Dessa maneira, no atendimento ao adolescente, pelos acadêmicos, a previsibilidade dos temas tratados em aulas teóricas não estará presente. O encontro com o paciente é uma incógnita; e a pergunta mais comum é "o que o trouxe aqui hoje?" Entretanto, esse atendimento pode ter muitos caminhos, é o aprender fazendo, quando cada estudante tem a dupla função de leitor e narrador, interprete de palavras e corpos carregados de signos (GROSSMAN, 2015). Metodologia ativa, que os alunos do Curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), utilizam desde o início do processo acadêmico, através da ferramenta "história de vida". São ferramentas complementares e interativas. Tais metodologias precisam ser "lapidadas" no decorrer do curso, evoluindo no aprender fazendo, referente à metodologia e da história clínica e que ganham sua licitação no internato. Em especial no atendimento dos adolescentes, porque necessita da ampliação da observação, escuta e interação, culminando na complexidade da anamnese do adolescente.

Essencialmente, a pessoa que procura o serviço está em busca de um profissional que possa escutar suas demandas, deseja ser acolhida, orientada, compreendida em suas necessidades. Por isso, é fundamental que o adolescente se sinta reconfortado, auxiliado e respeitado, para que possa confiar e dar continuidade ao tratamento. Logo, a maneira como ele será recebido desde a recepção até a consulta, definirão o vínculo que ele estabelecerá com o tratamento e com a unidade, como referência de ajuda e apoio (LOURENÇO, 2015).

No entanto, o despreparo dos serviços de saúde para o trabalho com adolescentes, com peculiaridades e complexidade pertinentes, ainda ocorre com frequência. Faltam espaços e suporte adequados às essas demandas. Então, questiona-se, como investir em uma formação médica capaz de contribuir com a atuação do profissional da saúde no exercício do atendimento médico do adolescente? E, olhar a adolescência pelo foco do desenvolvimento e entendê-la não como tempo de risco, mas como período de oportunidades, para tornar os serviços de saúde espaços mais acolhedores para jovens e adolescentes.

Ainda, onde os educadores aprendem a escutar? E como os educadores podem orientar a escuta?

A partir dessas indagações anunciamos o problema que guia esta pesquisa:

Como a anamnese sistêmica pode influenciar a formação médica contemporânea no atendimento médico de adolescentes?

A pesquisa tem como objetivo geral: Compreender as implicações da anamnese sistêmica na formação médica contemporânea e o atendimento de adolescentes por acadêmicos de medicina.

E como objetivos específicos:

- Conhecer as implicações da anamnese sistêmica utilizada no atendimento médico de adolescentes por acadêmicos do Curso de Medicina do ano de 2017;
- 2. Descrever o processo de anamnese sistêmica utilizada no atendimento médico de adolescentes desenvolvido por acadêmicos do Curso de Medicina do ano de 2017;
- Discutir as possibilidades de aprimoramento do processo de formação médica, que inclui outras habilidades para o atendimento médico de adolescentes, numa perspectiva sistêmica.

Desse encaminhamento desdobram-se quatro capítulos. O primeiro capítulo com os pressupostos teóricos de pesquisa tratou-se dos conceitos que fundamentam a discussão relativas a puberdade e adolescência. Contextualizadas à seguir nas Teorias do Desenvolvimento do Adolescente com atenção à Abordagem Ecossistêmica. No seguimento deste capítulo desenvolveu-se preceitos sobre atendimento médico e peculiaridades no atendimento hebiátrico, incluindo Ética e Bioética no atendimento de adolescentes. A formação médica e suas evoluções até a atualidade, no contexto de pesquisa sobre ensino. A escuta, na perspectiva sobre o lado oculto da linguagem. Finalizando sobre o pensamento sistêmico que sustenta as doutrinas do atendimento no referido Ambulatório.

No capítulo II apresentamos o percurso que a metodologia desenvolveu, o contexto, caracterização, local e sujeito, instrumentos que permitiram a inspeção dos dados e riscos finalizando as estratégias para a análise de dados.

No capítulo III os dados que a metodologia da Roda de Conversa apresentou, seguidos dos resultados, a análise de dados e discussão, que foram estratificadas em seis unidades para avaliação de sentido e significado.

Salientamos que um recorte da dissertação gerou um artigo que será encaminhado a submissão na revista Interdisciplinar e Educação (qualis A2).

https://periodicos.uniarp.edu.br/ries/author

## CAPÍTULO I PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DE PESQUISA

O referencial teórico do estudo foi organizado a partir das publicações nacionais sobre adolescência, puberdade, juventude de serviços referenciados no país (conforme bibliografia). Na literatura disponível do Ministério da Saúde sobre atendimento e diretrizes à população jovem. À seguir o cruzamento de anamnese sistêmica x atendimento médico x adolescentes nos referenciais da lilacs, scielo e Medline onde a literatura foi escassa sobre a especificidade: anamnese médica sistêmica de adolescentes. Referências sobre educação médica na literatura e periódicos. Participação no Congresso Brasileiro de Adolescência (2016) e Congresso Brasileiro de Ensino e Pesquisa Médico (2017). Neste, para busca de suporte na pesquisa qualitativa. Após, os estudos e pesquisas evoluíram para artigos e livros sobre abordagem ecossistêmica, e pensamento sistêmico.

Contextualizamos este eixo apresentando a sustentação teórica do estudo que tem embasamento na educação. De acordo com Luckesi (2003), que nos orienta: "A educação de uma sociedade não se manifesta como um fim em si mesma, mas sim como um instrumento de manutenção ou transformação social. Assim sendo, ela necessita de pressupostos e de conceitos que fundamentem e orientem os caminhos." Buscar direção e sentido nos Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014, nos trabalhos realizados pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), permite reunir referências das publicações da entidade para esse suporte teórico. Nessa perspectiva, abre-se também a oportunidade para se considerar novas e antigas questões relacionadas à educação médica, na percepção de conceitos mais amplos, da perspectiva de doença para saúde- doente, revisão de modelos dos modelos de atenção em saúde e perspectivas públicas para o setor (PAGLIOSA; DA ROS, 2016).

Este estudo foi conduzido por meio do pensamento sistêmico, por considerar ser essa perspectiva teórica, uma proposta aberta para a compreensão e transformação social. A participação de amplos setores nesse processo — profissionais, estudantes, instituições representativas da categoria, instâncias reguladoras e o controle social podem, efetivamente, dispor de caminhos para que as mudanças na formação e atuação médica aconteçam, tendo em vista, as multidimensões que as pessoas dispensam em situação de cuidados, para abordar na

amplitude do processo da saúde, da doença, do doente e seus determinantes (SOUZA et al. 2016).

Os pressupostos primeiros para o atendimento de adolescentes são as determinações éticas e bioéticas já referendadas em consensos e fóruns das entidades médicas, no âmbito transdisciplinar, para respaldar as propostas de saúde para o adolescente, onde sua sustentação básica se define no seguimento deste constructo. Firmado este pacto, esclarecimentos sobre a educação médica no Brasil, novos parâmetros das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, tendo em vista que a educação médica é instrumento para o protagonismo jovem na atenção à saúde, sob parâmetros da complexidade e integralidade. Referências sobre o curso de Medicina da Uniplac. E a abordagem da anamnese, sob a perspectiva da ontologia da linguagem: a escuta.

### 1.1 FORMAÇÃO MÉDICA NA CONTEMPORANEIDADE

A formação médica atual encontra-se estruturada a partir do modelo tecnocientífico. Com o advento da anatomia patológica, no início do século XIX, o saber e a prática médica reside no quadro das ciências naturais, constituindo a racionalidade médica moderna.

Partindo, desta construção, a naturalização de seu objeto (a complexidade e a singularidade do adoecimento humano), foi objetivado, excluindo a subjetividade e a construção de generalidades. Continuando, a doença passou a se localizar no corpo humano, e a anatomia patológica inserida na prática médica: criado o modelo da teoria das doenças, embasado num monismo fisicalista (NOGUEIRA, 2009).

Ademais, ao longo do século passado, conforme Helman, a biomedicina obteve controle das principais doenças infecciosas fatais na maioria dos países do ocidente, e a diminuição da mortalidade infantil e materna, como também aumento da expectativa de vida. Em consequência, cresce o número de doenças crônicas, a maioria com perspectiva de soluções à longo prazo. Em função, que o controle destas doenças só pode ser alcançado, com sucesso, pela alteração dos padrões de comportamento humano e modelo de cuidado a longo prazo, com abordagem multidisciplinar e com cooperação interativa do paciente, tornando-se um cocurandor (HELMAN, 2003).

Conforme Camargo (2003), o saber e a prática médica, com o surgimento da anatomoclínica, descobre-se a concepção de doença como expressão de lesões celulares, e o

ensino da medicina predominantemente hospitalar. No entanto, a biomedicina tem limitações para atender às complexas necessidades de saúde do ser humano, apesar do desenvolvimento tecnológico e científico atual. Ainda, conforme Camargo (2009), que reitera a preponderância da tecnociências sobre o polo ético na construção das práticas de saúde. Uma vez que, a harmonização articulada entre biomedicina, ciência e atenção à saúde se dá entre dois campos: o tecnocientífico (CAMARGO, 2009) e o social.

Também, a criação da experiência clínica moderna, sob olhar de Foucalt em "O nascimento da clínica (1980)", no seu prefácio, cita que: "Este livro trata do espaço, da linguagem e da morte; trata do olhar". E discorre sobre o deslocamento histórico da medicina clássica, medicina humoralista, onde o objeto, a doença como essência abstrata, para uma medicina anatomoclínica, uma medicina de corpo e das lesões. Esse deslocamento se processa, nos últimos anos do século XVIII, e significa uma ruptura de tamanha grandeza que permite à medicina apresentar-se como medicina científica.

Sob outro ponto de vista, citando Nogueira (2009) sobre as observações de Foucault: "ao descrever a especificidade desse novo olhar, fundado na objetividade, Foucault explica de que forma essa reorganização conseguiu abarcar também o novo sujeito, tornando-o objeto do seu discurso."

O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irredutível. E assim, torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional. O objeto do discurso também pode ser um sujeito, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi essa reorganização formal e em profundidade, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma experiência clínica: ela levantou a velha proibição aristotélica; poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica (FOUCAULT, 1999).

Além disso, a substituição da arguição (na visão de Foucalt): - o que é que você tem? - por "onde lhe dói?", determina o aparecimento da clínica como fato histórico. E aponta as mudanças em relação à pratica anterior: o novo olhar médico é um olhar de sensibilidade concreta, um olhar que vai de corpo em corpo. Então, a experiência exploratória do espaço dimensional do corpo (onde se ocultam segredos, invisíveis lesões e o mistério das origens) se processa o novo atuar clínico. Resultando na regressão da medicina dos sintomas e despontando a medicina dos órgãos, do foco, das causas, organizada pela medicina anatomopatológica (FOUCAULT, 1999).

Também, segundo Luz (1988), através do deslocamento epistemológico de uma arte de curar indivíduos doentes, para uma disciplina das doenças, a medicina ocidental tornou-se uma ciência de doenças. Reduzindo a doença e o corpo à objetos; a vida, a saúde e a cura excluídas da academia científica. A racionalidade científica moderna (séc. XVI - séc. XIX) agrega a medicina.

Entretanto, estudos e avaliações do ensino médico no Brasil contemporâneo, mostram que a maioria dos cursos estão centrados e organizados conforme as propostas do Relatório Flexner. O ensino médico ficou centrado no hospital, com a Reforma Universitária de 1968. Com separação entre ciclo básico e profissional. Mudanças que modernizaram o ensino, pela proposta do embasamento científico, repercutindo em características mecanicistas, biologistas e individualizantes. Recorrendo ao modelo cartesiano, fragmentador. O corpo humano reconhecido por órgãos, sistemas; a prática médica estimulada pela especialização (REGO, 2003).

Sobre Mudanças na Educação Médica Brasileira, destacamos que:

Há mais de 50 anos o ensino médico encontra-se sob crítica recorrente em todo o mundo. No Brasil, especialmente, nas duas últimas décadas, tornou-se objeto privilegiado de análise e debates pelos profissionais da área e pela sociedade em geral. Existe, de certa forma, um consenso quanto à necessidade de reformulação de reformulação de determinados aspectos da formação médica com vistas a uma satisfação das demandas assistências atuais (NOGUEIRA, 2009).

O artigo de 2008, sobre ensino médico, refere-se sobre as modificações da educação médica (doutrina e prática) na conexão contemporânea do mundo globalizado relacionada aos parâmetros biologistas, humanísticos e éticos. E atualmente, também os aspectos políticos e comunitários relacionados às mudanças nos sistemas e serviços de saúde, incluindo SUS (Sistema Único de Saúde). O Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Ministério da Saúde e Ministério da Educação, representados por educadores, pesquisadores, gestores, estudantes, profissionais, fazem nos últimos 20 anos a observação que o modelo de ensino não se adequava ao novo perfil de modelo de saúde. Especialmente, o modelo preconizado pelo SUS, identificado com os princípios de integralidade, humanização, qualidade de atenção por exemplo (OLIVEIRA, 2008).

Além disso, essa é uma corrente internacional. Sendo revisitado e revisado por outras escolas médicas, não só do Brasil. Com essa visão ocorreram eventos como a Segunda Conferência de Edimburgo, em agosto de 1988, na Escócia. A Declaração de Edimburgo enfatiza princípios gerais para a formação médica. Estes foram utilizados para a transformação

do ensino médico nos cursos de Medicina nas décadas à seguir, como: ampliação dos ambientes que os programa educacionais são efetuados, inclusão de todos os recursos de assistência à saúde na comunidade, que não somente os hospitalares, conteúdos curriculares como reflexo das prioridades de saúde do país, currículos e avaliações que permitam ao estudante competência profissional como valores sociais, e não somente retenção de informações. Martins, enfatiza que, além do desafio na formação médica adequados à sociedade contemporânea, um deles é a produção de conhecimento na área de Educação Médica (MARTINS, 2008).

Certamente, o Ministério da Saúde tem a responsabilidade, por definição constitucional e da Lei 8.080\90 – Lei Orgânica da Saúde -: estimular e ordenar o processo de formação de trabalhadores em saúde. Porém, os cursos de saúde, também medicina, precisam adequar sua abordagem pedagógica, para atender às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Então questiona-se: o ensino médico está realmente mudando? Conforme Nogueira (2009), responder a essa pergunta de imediato não é tarefa factível. A questão exige reflexões sobre sociedade, saúde, paradigmas médicos e estilos de pensamentos, saberes e práticas, modelos assistenciais e resolutividade dos problemas de saúde, políticas públicas e projetos pedagógicos dos cursos. E assim, poderemos observar um cenário favorável; a educação médica está envolvida num cenário de transformação, pelas experiências inovadoras, reformas curriculares e pela produção acadêmica.

Tendo em vista esse cenário de transformações, em 1991, se constituiu a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), formado pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Conselho Federal de Medicina (CFM) e nove instituições relacionadas à atividade médica, para avaliar a educação médica e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde.

Na primeira fase do projeto desenvolvido, foi traçado o perfil das escolas brasileiras a partir do roteiro elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). E identificaram-se questões importantes, que foram contempladas na fase seguinte, tais como: métodos pedagógicos, o sistema de avaliação docente e discente e a proposta curricular. Em 1998, a terceira fase, chamada "Transformação do Ensino Médico no Brasil", no qual ocorreu adesão significativa das escolas, num movimento de mudanças com o objetivo de um real atendimento às necessidades de saúde da população.

Assim, foram homologadas em 2001, pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, preconizando como eixo o papel social do aparelho

formador. As novas diretrizes incluem: integração entre a teoria e a prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde, e o estímulo à participação ativa desses na construção do conhecimento.

Também, em 2001 foi lançado o incentivo às mudanças nos cursos de medicina — Promed. Parceria entre Ministério da Saúde e da Educação. Consta do apoio técnico e financeiro às escolas dispostas a desenvolver mudanças articuladas com os serviços de saúde, uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e formação crítica e humanista do profissional médico. Hoje, mais políticas aproximam ministérios da Saúde e Educação na integração da academia, dos serviços e da comunidade como os Polos de Educação Permanente em Saúde e o Aprender SUS.

Contudo, para se efetivar da reestruturação da educação médica, precisamos lidar com mudanças estabelecidas, implicando em conceito, prática e relacionamento entre universidades, serviços e sociedade. Concluímos que o processo é dinâmico, turbulento, com avanços e retrocessos, necessitando de uma construção diária.

Vale ressaltar que estamos tratando da formação de recursos humanos para o SUS por isso preconiza-se:

- mais ensino centrado no processo de trabalho e no princípio da integralidade das ações em saúde;
- mais inserção do aluno realidade social e sanitária da população para um acompanhamento do processo saúde-doença em suas mais variadas formas e manifestações;
- mais diversificação dos cenários de aprendizagem: comunidade, família, unidades básicas de saúde, etc. além do hospital.
- mais valorização das dimensões psicossocial e antropológica do adoecer; incorporação de tecnologias leves, visando melhor atuação frente aos aspectos subjetivos e singulares do adoecimento humano, e a construção de uma clínica ampliada, capaz de lidar com a polaridade entre a ontologia das doenças e a singularidade dos sujeitos.

Assim, torna-se necessário formular uma pergunta já citada por Nogueira (2009): para que serve o médico e o que ele faz ou deve fazer? Refere também: a biomedicina tenta se adequar ao modelo preconizado pela ciência, mas não se pode afirmar que a atividade do médico seja científica. A clínica é ancorada nas ciências biológicas, onde o médico embasa suas avaliações e terapêuticas. Porém, não são suficientes para o entendimento do processo saúdedoença, necessitando dos referenciais das ciências humanas e sociais.

Compreendendo o trabalho em saúde e as possibilidades de intervenção nesse campo, precisamos avaliar o processo de produção em saúde como um fenômeno histórico e social. Um modelo que busca a centralização no cliente (ou usuário), precisa sair da lógica das ofertas de consumo de atos de saúde e pautar-se pelo mundo das necessidades de saúde.

Também, Merhy (2004) apresenta uma taxonomia das necessidades de saúde, resumidamente:

- a) necessidade de boas condições de vida;
- b) necessidade de ser alguém singular, com direito à diferença;
- c) garantia de acesso às tecnologias que melhorem e prolonguem à vida;
- d) necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional de saúde ou equipe;
- e) necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida" (construção do sujeito).

Seguindo o mesmo autor, nesse paradigma conclui-se que o cuidado médico por si, só, não resolve o universo proposto. E mesmo necessitando de cuidados transdisciplinares, não se pode "fatiar" o cuidado e o paciente, entre as diversas categorias profissionais.

Entretanto, discutindo medicina, ensino médico e a crise de paradigma, a solução não se localiza somente na mudança do currículo médico, envolvendo tanto ou mais, a maneira como a sociedade interage vivência e a construção da saúde.

No momento em que se procura favorecer o ensino médico, com a contribuição de disciplinas de conteúdo humanístico, abrimos um questionamento: a medicina está aberta à essa mudança, apta a compartilhar com a educação, psicologia, filosofia, antropologia, história da ciência e outras áreas do conhecimento o ensino e a prática médica?

Assim, na publicação de Rios (2008) sobre a relação professor-aluno em medicina, um estudo sobre o encontro pedagógico, refere-se a um fato de que deve ter consideração central: a formação humanística do aluno é objeto da escola. Bem como, ocorre por disciplinas, mas invariavelmente grande parte se constitui pelo ambiente cultural e nas relações interpessoais dentro da escola médica, e destaca, em especial a relação professor-aluno. A qual conclui que essa relação, ainda carece de avaliação, e também a definição com clareza de um padrão ético institucional para todos, com objetivo da formação humanística em Medicina.

Ademais, referenciado a publicação de Oliveira (2008) sobre as resistências e limites para estabelecimentos de novos rumos na construção da formação médica, referendando o parágrafo anterior: "uma delas seria a preparação de professores identificados e comprometidos com o processo de mudanças" (OLIVEIRA, 2008).

Então, há obstáculos a vencer, desafios nesse processo de mudança: pouca tradição da direção das escolas médicas na elaboração e gestão de processos inovadores; o estabelecimento de parcerias interinstitucionais e transetoriais; reorientação da missão dos cursos de medicina para formar profissionais identificados com as necessidades da população; maior entrosamento entre o mundo do ensino e a realidade dos serviços numa integração cotidiana e crescente de ensino, serviços de saúde e comunidade; intercâmbio com experiências exitosas, na busca de contribuir e alavancar as mudanças (NOGUEIRA, 2008).

Para referendar a prática do Curso de Medicina da UNIPLAC, sua pertinência hoje e, em conformidade com as referências citadas acima, é um curso com gestão e processos inovadores.

A implantação em 2004, do Curso de Medicina, elaborado a partir do diagnóstico das condições de saúde da população na região da Serra Catarinense. Fazem parte 18 municípios constituídos da Associação de Municípios da Região Serrana (AMURES), totalizam 286.167 habitantes, em 2012. Destes 18 municípios, dois apresentam Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M, 2000) maior que 0,80: Lages e Otacílio Costa.

Como demanda dessa necessidade, a UNIPLAC há 12 anos inseriu o Curso de Medicina: com um processo inovador e transformador, com foco no intenso preparo da prática médica e compromisso social agregado à formação, objetivando a formação de uma nova geração de profissionais (SOUZA et al., 2016).

A UNIPLAC, ao assumir a operacionalização de um currículo integrado e orientado por competência profissional, concebeu a educação ética\bioética\moral para além de um código de ética profissional. Enfocando em uma educação integral, por meio da qual os valores éticos direcionam a visão de mundo e, onde na conduta cidadã e profissional do estudante, inserido precocemente em cenários reais, vivenciando processos de saúde-doença com as pessoas, as famílias e a comunidade (SOUZA, 2016).

Indubitavelmente, os valores que pautam o 'aprender a conhecer, a fazer, a conviver e a ser' – capacidades mobilizadas na busca da competência profissional médica – devem ser praticados tanto de forma individual, quanto coletiva e, em todos os diferentes níveis de atenção, nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde. Enfim, na educação e na prática médica, é necessário que o profissional seja capaz de incluir "o outro", entre outras preocupações.

O objetivo geral do Curso de Graduação em Medicina da UNIPLAC é formar profissionais capazes de desenvolver permanente o processo educativo. Visando geração,

análise crítica e disseminação do conhecimento científico, e de práticas de intervenção na realidade que expressem comprometimento com a melhoria da saúde, autonomia das pessoas e da população, e com a construção do SUS (UNIPLAC, 2012).

O tempo de duração do curso é de seis anos, carga horária de 9.640 horas, em período integral e presencial. Com propostas pedagógicas inovadoras, com estrutura curricular integradora, articulação entre as disciplinas, prática e teoria, interagindo com foco no contexto social.

Além disso, o curso se orienta na relação professor e estudante, esses como sujeitos ativos, o professor como mediador no desdobramento do processo pedagógico. Nesta concepção, são utilizadas metodologias ativas de ensino aprendizagem: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) – (PBL – Problem Based Learning), nas Unidades Sistematizadas, e Problematização, nas Unidades de Prática de Saúde na Comunidade.

Essa explanação fica em aberto, e para seu estudo, seria também interessante, agregar aspectos relacionados à visão dos alunos sobre esse dinâmico processo de mudança da formação médica (OLIVEIRA, 2008). Que constitui também o objeto desta pesquisa.

#### 1.2 ESCUTA: O LADO OCULTO DA LINGUAGEM

Referimos na introdução a relação entre anamnese, fala e escuta, buscou-se Echeverria (2015) na compreensão da escuta. Afinal, o que se necessita para que a escuta ocorra? Os seres humanos são seres linguísticos — isto é, seres que vivem da linguagem: falar e escutar. Podemos discutir três razões interessantes sobre a condição de escutar. Em primeiro lugar, há uma razão empírica, somos animais que escutamos, mas nossa capacidade de fazê-lo não é a mesma. Há pessoas que escutam melhor que outras. E, é pertinente indagar sobre as condições que estão atrás dessas diferenças.

Em segundo lugar, a pergunta tem sentido a um nível mais profundo e diferente do que estamos impelidos a escutar. Podemos entender o fenômeno da escuta como algo que podemos explicar – na tentativa de compreensão. Nessa perspectiva, contribuímos para a solução de um dos muitos mistérios que rodeiam a linguagem.

Em terceiro lugar, ao examinar as condições da escuta, mudamos não somente determinado aspecto da vida humana, mas também, a aprendizagem e o desenvolvimento.

A escuta pode ser avaliada e discutida em diferentes níveis. Um deles refere-se ao fenômeno de escutar como inerente ao ser humano. Outro divide esta disposição básica em segmentos ou domínios que podem ser tratados independentemente. Se examinamos o escutar como uma postura fundamental da vida, postulamos que o ato de escutar está baseado na mesma ética que nos constitui como seres linguísticos. Isto é: respeito mútuo, e aceitar que os outros são diferentes de nós. Estes são pressupostos inerentes à escuta: sem a aceitação do outro como diferente, legítimo e independente, o escutar não pode ocorrer. Quando escutamos, nos colocamos a disposição de aceitar a possibilidade de que existem outras formas de ser, diversa da nossa.

E, quando falamos, tornamos acessível nossa alma (ECHEVERRIA, 2015).

Postulamos que o ato de escutar, esteja embasado na mesma ética que nos constitui como seres linguísticos. Isto é, respeito mútuo, em aceitar que os outros são diferentes de nós, que esta diferença é legítima. O respeito mútuo é fundamental para que se possa escutar, pois, esta mesma abertura (acessibilidade) deve se fazer presente, mesmo que de modo diferente, em quem escuta (ECHEVERRIA, 2015).

No acolhimento e na escuta da diferença:

Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que, em certas condições, precise falar a ele [...] O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele (FREIRE, 1996, p. 127).

SER, VERDADE E PODER: Echeverria (2015) nos convida a pensar sobre o papel do observador. E, refletir que ao invés de pensar sobre como são as coisas, a escolha de refletir de como interpretamos os fatos. E nos recorda Maturana, que tudo o que é dito, sempre é dito por alguém. Este nos pede, sempre que possível, não esconder o orador atrás da forma que são ditas as coisas. Esta é uma forma permanente, com tendência da linguagem, que permite à pessoa que fala, esconder-se atrás do que está dizendo. Então, como estamos tratando de atos fundamentais na anamnese, que é a fala (linguagem) e a escuta, procuramos embasamento teórico para fundamentar a estruturação do constructo. Encontramos estudos sobre a ontologia da linguagem. E, o primeiro princípio da ontologia é:

- Não sabemos como as coisas são. Só sabemos como às observamos. Vivemos em mundos interpretativos.

Iniciamos aqui esses postulados, que podemos defini-los como fundamentos das propostas que pretendemos investigar, e propor como verdade. Para no discorrer dos estudos e pesquisas aprofundar e discutir.

Logo, a comunicação humana tem duas facetas: falar e escutar. Por isso, supõe-se que se alguém fala bem, será bem escutado. E se considera a escuta ser um ato passivo. Assim, estamos passando a pensar que escutamos mal. Peter Drucker, recentemente escreveu: "muitos (executivos) pensam que são maravilhosos com as pessoas porque falam bem. Não se dão conta de que ser maravilhoso com as pessoas significa escutar bem" (ECHEVERRIA, 2015).

Sobretudo, em comunicação, geralmente se associa a linguagem, dificilmente se desenvolvem competências no escutar. Por isso, precisamos rever: o escutar como fator determinante na comunicação humana, isso é, falamos para sermos escutados. O escutar valida o falar. É a escuta que valida o falar. É o escutar, não o falar que confere sentido ao que dizemos. Portanto, o escutar é que dirige todo o processo da comunicação.

# 1.3 ATENDIMENTO MÉDICO E OS PILARES DA CONSULTA AO ADOLESCENTES

O trabalho voltado à atenção do adolescente deve buscar o desenvolvimento de estratégias apropriadas à complexidade de suas demandas, aos diferentes espaços de ação, respeitando a intersetorialidade e todos os atores envolvidos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006).

E em relação ao adolescente, e seus espaços (ambientes): os serviços de saúde não são espaços por excelência, de trânsito ou permanência de adolescentes. Por isso, questiona-se: na construção de um programa de atenção integral à saúde dos jovens, pensamos onde estão? A necessidade dos jovens em relação à saúde está também, relacionada a questões subjetivas como: busca de compreensão das mudanças vividas, auto percepção, orientações, sexualidade, e outras (além do atendimento à patologias pertinentes) (LOURENÇO, 2015).

Portanto, os espaços que necessitam serem visualizados são a família, nas suas contemporâneas e complexas formações, a escola e o meio social. Com isto formamos o ambiente em saúde do adolescente.

Após, essa explanação do dimensão do cenário, da proposta de discussão, seguimos no embasamento teórico sobre o atendimento e sua estruturação.

Portanto, a abordagem deve ser utilizada sempre pautada na confiança, na troca e respeito ao modo de ser do adolescente. E, quando o profissional desenvolve uma postura acolhedora, permite que o adolescente expresse suas questões dentro do seu próprio tempo. Porém, não é proposta emitir juízo de valor ou reprovação diante das manifestações do jovem.

É fato que a família tem um espaço no atendimento, respeitados os pactos antes socializados. É recomendável que familiares e paciente conheçam e aceitem a proposta de atendimento do serviço (SAN'TANNA, 2006).

E, os encaminhamentos serão melhor assimilados, se bem fundamentados, também é necessário o diálogo. Dialogando, para que o adolescente protagonize a condução da proposta de saúde, desenvolvida durante o encontro. Utilizando linguagem simples, clara e objetiva para ocorrer a dinâmica da comunicação, permitindo proximidade e formação de vínculo. Esse é que facilitará a inserção do adolescente no serviço de saúde, na perspectiva de sujeito de direito, não como paciente, passivo, mas protagonista da sua existência. Estas ações em saúde são meios de fortalecimento da cidadania que orientam sobre o suporte que podem ter do serviço e dos atendimentos. Quando há compreensão do funcionamento da estrutura, é mais fácil ampliar a expressão de suas necessidades, mesmo quando não relacionadas somente ao serviço de saúde (SAITO, 2016).

Neste contexto, precisamos abordar os seguintes aspectos: sua motivação, espaços e posturas que facilitem a expressão de seus valores, conhecimentos, comportamentos, dificuldades e interesses, elementos de troca e reflexão que favoreçam o controle da própria vida. Práticas de responsabilização e de participação mais ampla nas decisões que lhe dizem respeito, reconhecimento da totalidade da vida do adolescente, atenção aos seus dilemas, ouvindo, apoiando e acolhendo, exercendo os princípios de respeito, privacidade e confidencialidade (RUZANY, 2002).

Mas em algumas situações, há necessidade do desenvolvimento de estratégias específicas, por tratar-se de situações de agravos, necessitando prioridade na atenção à saúde. Podemos destacar as seguintes situações:

- Envolvimento com exploração sexual;
- Envolvimento com violência;
- Profissionais do sexo e de outras formas de trabalho perigoso, penoso, insalubre e noturno;
- Egressos de atividades laborais de risco;
- Moradores de rua e áreas de invasão:

- Institucionalizados;
- Em cumprimento de medidas socioeducativas;
- Presença de algum tipo de deficiência;
- Infectados por HIV. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006).

Refletindo sobre a proposta de serviço, sobre a fundamentação, concluímos que trabalhar com adolescentes na área da Saúde remete os profissionais à questões inusitadas. Para que a atuação culmine com eficácia há necessidade de desenvolver uma ação mais abrangente, para o entendimento das demandas e ações necessárias.

Certamente, a atuação com o adolescente está intrínseco maior mobilidade, quer seja na captação desse jovem para o serviço de saúde, quer na forma da construção da sua interação com a equipe de saúde. O sucesso está vinculado às ações conjuntas.

#### 1.4 ÉTICA E BIOÉTICA NO ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE

A adolescência é uma etapa da vida do ser humano, fundamental na construção do sujeito. Traz os resultados da infância, se reorganiza e se torna determinante na vida adulta. O futuro é agora e o presente para sempre (SANT'ANNA, 2006).

Assim, atender adolescentes significa acolher, porque precisam ser significados sua situação de desenvolvimento com as peculiaridades especificas da faixa etária, aspectos biopsicossociais, atenção global à saúde, com isso respeitando-os dentro dos mais rigorosos princípios éticos.

Ainda, permeia insegurança e receio, nas questões que norteiam o atendimento do adolescente, uma vez que precisamos ter presente a situação de risco e vulnerabilidade. Nesta proposta, devemos:

- 1) Reconhecê-lo como sujeito, sendo a ele devidos proteção e respeito dentro dos princípios de privacidade e confidencialidade, condicionados à responsabilidade;
- 2) Abordá-lo como um ser indivisível em seus aspectos biopsicossociais, não fragmentando-o em patologias, órgãos e doenças;
- 3) Sempre ter a promoção de saúde e prevenção de agravos como proposta principal nos três níveis de atuação (primária, secundária e terciária).

Na relação médico – paciente, deve ser respeitado a individualidade, o adolescente deve ser atendido como pessoa e não como objeto de prática científica. O adolescente deve ser incentivado a participar responsavelmente quanto à sua saúde e seu corpo. Necessita da identificação dele como cliente. Novo papel que assume no relacionamento de atendimento em saúde. Em conjunto, familiares sendo pais ou responsáveis associam-se neste novo cenário (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006).

Logo, o atendimento do adolescente demanda diferentes tempos de entrevista e exames clínicos: atendimento individual, com familiar(es), em um ou mais momentos, conforme a demanda. Surgindo desta evolução do desenvolvimento um novo relacionamento que é do profissional médico x adolescente. Diferente do período anterior – infância- que o relacionamento ocorria do pediatra com o responsável, em relação à criança (GROSSMAN, 2012a).

Despontando assim, um empoderamento do adolescente, sob a supervisão da família ou responsável com o balizamento do médico.

Com estas peculiaridades, ampliamos a complexidade do atendimento. Precisamos referir os princípios éticos relacionados à privacidade, confidencialidade, sigilo, respeito à autonomia, maturidade e capacidade de julgamento do adolescente. Aproveitando o momento para repassar para os jovens, pais e responsáveis e selar o pacto sobre estes princípios (COATES; BEZNOS; FRANÇOSO, 2003).

Sobretudo, o médico mantém o sigilo respaldado pelo Código de Ética Médica – Artigo 103, publicado em 26 de janeiro de 1983, que cita que: "é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que, o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente".

A revelação deve acontecer quando:

- houver entendimento que o menor não tenha capacidade para avaliar a extensão do problema, ou conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo;
- entender que a não revelação possa acarretar em danos ao paciente (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 2006).

Vale ressaltar que hoje trabalhamos sob o conceito da "doutrina do menor maduro".

No entanto, há situações em que o sigilo necessita ser compartilhado com os pais (ou responsáveis), sempre com a anuência do jovem mesmo sem o seu aval. A equipe presta apoio

ao grupo, funcionando como intermediador da situação e apoiador do jovem. São situações que necessitam intervenção do grupo familiar e da equipe:

- risco de vida do paciente ou terceiros;
- drogadição;
- AIDS;
- proposta ou intenção de suicídio ou homicídio;
- gravidez ou intenção de aborto;
- recusa ao uso de medicamentos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2006; SAITO, 2016).

Os departamentos de Bioética e de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo, reconhecendo essas particularidades e dificuldades no atendimento do adolescente, apresentam as seguintes recomendações:

- \* O médico deve reconhecer o adolescente como indivíduo progressivamente capaz, e atendê-lo de forma diferenciada;
- \* O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e bem estar do jovem;
- \* O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema, e de conduzir-se por meios próprios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantido a confidencialidade e o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários. Dessa forma, o jovem tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento. Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre determinado conteúdo da consulta, como questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o expresso consentimento do adolescente;
- \* A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar bem claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento de seus problemas;
- \* A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos;
- \* Em situações consideradas de risco, e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (por ex. intervenções cirúrgicas), torna-se necessária a participação dos pais ou responsáveis. Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo

médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para esta atitude (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 1999). As posturas éticas já consagradas no atendimento de adolescentes são privacidade, confidencialidade e sigilo, princípio de autonomia, doutrina do menor maduro e respeito ao pudor do jovem (COATES et al 2003; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988; CRESPIN, 2013; MAKAROUN, 1999).

Portanto, a adolescência deve ser encarada como uma etapa crucial, que permeia o processo de desenvolvimento e crescimento, cuja marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano, inserido em diferentes culturas (SAITO, 2013).

De fato, o conceito de adolescência não nasceu com o início dos tempos, mas delineouse como resultado da reflexão humana, sobre a singularidade dessa etapa de passagem entre infância e a adulticie. Etapa extremamente relevante para construção do sujeito.

Por certo, o século XIX se caracterizou pelo fortalecimento dos Estados Nacionais, pela redefinição dos papéis sociais das mulheres e das crianças, pelo avanço acelerado da industrialização e da técnica, e pela organização dos trabalhadores. Bem como, um duplo movimento afluiu nas relações entre pais e filhos; a infância passou a ser encarada com um momento privilegiado da vida, e aos filhos dedicava-se amor e investimento no futuro. Nesse momento, a figura do adolescente foi balizada com nitidez. A adolescência **masculina** foi definida como o período entre a primeira comunhão e o bacharelado ou serviço militar. A **feminina** entre a primeira comunhão e o casamento. Ao longo do século, a adolescência passou a ser reconhecida como um momento crítico da vida, temida como uma fase de potencias riscos para o indivíduo e para a sociedade, uma real "zona de turbulência e contestação" (GROSSMAN, 2010).

Embora a adolescência tenha uma base biológica, como argumentou Stanley Hall, ela também possui uma base sociocultural, como sustentava Margaret Mead (1928). As condições sócio históricas contribuíram para a emergência do conceito de adolescência. De acordo com a visão intervencionista, a adolescência é uma criação sócio histórica. Especialmente, importante para o entendimento desta visão são as circunstâncias históricas do século XX, época em que foi aprovada a legislação que assegurou a dependência dos jovens, e deixou mais administrável o seu movimento em direção à esfera econômica. Essas circunstâncias incluíam: o declínio da aprendizagem, o aumento da mecanização durante a Revolução Industrial, o que elevou o nível de habilidades requeridas dos trabalhadores, e exigiu uma divisão especializada do trabalho, a separação entre trabalho e casa, escolas divididas por idade, urbanização, aparecimento de grupos de jovens (STRONK, 2014).

Quanto a vivência tecnológica também constituem uma geração conectada. Impregnados pela tecnologia digital e mídias sociais. Seus aparelhos são uma extensão do próprio corpo – para o bem e para o mal-. A tecnologia pode oferecer um conjunto rico de conhecimentos que, se usados de forma construtiva, podem melhorar a educação e a vivência familiar e social (SMAHEL; SUBRAHMANYAM, 2014).

Nestas unidades apresentam-se conceitos resgatados dos estudiosos sobre adolescência, juventude e desenvolvimento humano. A ambição não é definir adolescência e puberdade. É sim, provocar. Provocar curiosidade, embaraço, enlaço.... compreensão e encanto! Nesta manifestação, nos encontramos com o ser em desenvolvimento. Desenvolver é um padrão de mudanças. No ser humano estas mudanças são processos. Processo biológico, cognitivo, socioemocional e ambiental. No decorrer do estudo resgatou-se as teorias de desenvolvimento. As teorias que se aplicam no atendimento do ambulatório são referidas neste constructo. Para o entendimento da complexidade do desenvolvimento na adolescência, revisitamos as teorias de desenvolvimento humano. Na Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, que se contextualiza com o pensamento, o construto e o exercício do Ambulatório de adolescência, apresenta a "amarração" do ser, do ambiente, da conexão e do tempo. Percepções desenvolvidas na anamnese do adolescente. Um encontro promissor e revelador, o qual forneceu sustentabilidade após as buscas de compreensão.

Completamos este ciclo no encontro conceitual do pensamento sistêmico. Um resgate dos primeiros estudos com breve relato histórico sob a ótica moderna e pós-moderna. Sob este olhar os ciclos não se fecham e nem terminam, evoluem.

## 1.5 CONCEITOS DE PUBERDADE E ADOLESCÊNCIA

Conceituando **Adolescência**: tem dupla etimologia, deriva de adolescer, do latim ad(a/para) e olescer (significa crescer, desenvolver). O particípio presente de adulescere é adolescente; o particípio passado é adulto. E também, adolescer significa adoecer. Nesta dupla origem, um elemento para pensar nesta etapa: aptidão para crescer no sentido físico e psíquico e para adoecer, em termos de sofrimento emocional (com as transformações biológica e mentais). Alguns autores como Luiz Carlos Osório, refere-se uma terceira etimologia: "dolo" – causar danos ou prejuízo à alguém (CRESPIM, 2008; SAITO, 2013; OUTEIRAL, 2008).

Mas, nenhuma definição sobre adolescência se mostra satisfatória: vários critérios com conceitos variados. Vamos referenciar alguns critérios:

Quanto ao critério cronológico é o período da vida humana que se estende dos 10 aos 20 anos; critério de desenvolvimento físico inicia com a primeira manifestação da puberdade, e termina ao final do desenvolvimento físico puberal; critério sociológico configura o período que a sociedade deixa de encarar o indivíduo como criança, mas não lhe confere o papel de adulto; o critério psicológico, é o período de reorganização da personalidade com mudanças biopsicossociais (CRESPIM, 2013; SAITO, 2013).

Então, a adolescência é um fenômeno psicossocial, cultural, temporal, comportamental que ocorre permeando o período de desenvolvimento pubertário. Podendo estar presente antes deste, ou alongando-se à esse. A cronologia é variável: a Organização Mundial da Saúde – OMS no ano de 1973, delimitou dos 10 aos 20 anos incompletos, SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria) idem. AAP (Academia Americana de Pediatria), também.

O limite superior arbitrário, de 19 anos, foi adotado, para maior comodidade de acessos demográficos e sanitários para os quais são admitidos grupos de 5/5 anos.

Por esse viés, a adolescência pode ser dividida em três grupos, por suas características comportamentais e etárias: adolescência inicial - 10 a 13/14anos, caracterizada pelas transformações corporais e alterações psíquicas derivadas desses acontecimentos; adolescência média - 14/15 a 17 anos, tem como seu elemento central as questões relacionadas à sexualidade, em especial, a passagem da bissexualidade infantil a identidade sexual (heterossexual, bissexual, homossexual e/ou outros gêneros ou transgêneros); adolescência final 17 aos 20 anos, são vários elementos importantes, como o estabelecimento de novos vínculos com os pais, escolha profissional, aceitação do novo corpo e dos processos psíquicos do mundo adulto.

São limites artificiais, com flutuações progressivas e regressivas. E aqui descrevemos um olhar psicanalítico, no decorrer dos estudos serão referenciadas outras características destes períodos (OUTEIRAL, 2008; SAITO, 2013).

Conceituando **Puberdade**, tratamos do componente somático das transformações que ocorrem no início da adolescência. É um processo biológico, que inicia em nosso meio, entre 9 e 14 anos aproximadamente. Caracterizada pela aceleração e desaceleração de crescimento físico, mudanças da composição corporal, eclosão hormonal, envolvendo os hormônios sexuais e evolução da maturidade sexual, que pode ser acompanhada pela atividade hormonal, a qual desencadeia os caracteres sexuais secundários masculinos e femininos.

Etimologicamente, deriva do latim: puber – pelos, ou relacionado à pilosidade; também pubertas - idade fértil. Como fenômeno e temporalidade, a puberdade está incluída na adolescência. Fase de desenvolvimento físico que ocorre em todos humanos, independente da cultura, sociedade e economia. Podendo sofrer interferências por perturbações patológicas, nutricionais, etc. (OUTEIRAL, 2008; COATES et al, 2003).

O conceito de **Juventude**, inserido na atenção de saúde originado a partir do documento da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1973, considera como jovens os indivíduos entre 15 e 25 anos.

E ainda precisamos citar, conforme Outeiral (2008), adultecer. Conforme a OMS, há mais de 30 anos definiu que adolescência é o período dos 10 aos 20 anos. O ECA dos 12 aos 18 anos, a Sociedade de Medicina Adolescente norte- americana em seu site, refere que se ocupa de pessoas dos 10 aos 26 anos. Porém, a mais curiosa é a afirmação da Fundação MacArthur, também norte-americana, numa pesquisa intitulada "Transições para Idade Adulta", apontou o final da transição, do adolescer ao adultecer, aos 34 anos.

Continuando com Outeiral (2008):

É Interessante referir que, se a Modernidade e o Iluminismo criaram o conceito de infância como período de desenvolvimento com necessidades e direitos específicos, a cultura contemporânea ou a Pós-modernidade "des-inventa" a infância. Essa situação se constitui com a erotização genital precoce, com a transformação das crianças em grandes consumidores e com a "des-invenção" do brincar.

Evidenciamos, um conflito entre as delimitações etárias. Deve-se considerar que as modificações pubertárias, mesmo ocorrendo em idades variáveis, provém de determinismos biológicos, praticamente inalteráveis. Precisamos contemplar que o processo de adolescência (e, em menor escala, na juventude e maturidade), o indivíduo estará sujeito a fatores sociais, psicológicos, afetivos, econômicos, culturais, étnicos, etc., que atuam em maior ou menor intensidade no processo evolutivo. Fatores que podem ser contestados ou modificados segundo reações individuais e ocorrem em período relativamente longo, não precisando a finitude (SAITO, 2013).

Paralelamente, às modificações corporais evoluem em concomitantes às de ordem psicoemocional, que foram por Aberastury e Knobel (1970), reunidas no que convencionaram chamar de Síndrome da Adolescência Normal. Trata como características importantes a busca da identidade, a tendência grupal, o desenvolvimento do pensamento abstrato, a vivência temporal singular, as variações de humor, a evolução da sexualidade, a separação progressiva dos pais. Vivências que podem contribuir para vulnerabilidade dos jovens ou construção do

"self" seguro e empreendedor, tornando-o protagonista das mudanças e estruturação do futuro (ABERASTURY and KNOBEL, 1970; SAITO, 2013).

Entretanto, uma proposta para o impasse etário deste período e suas definições é a utilização do termo **Hebiatria** (Hebe, deusa da juventude na mitologia grega; iatros, tratamento), como sinônimo da Medicina do Adolescente.

O termo Hebiatria, foi sugerido pela primeira vez em nosso meio por Ornellas (1961), em trabalho publicado no Jornal de Pediatria, em 1961.

Desse modo, a adolescência passou então, a ser objeto de interesse de médicos e de educadores. A primeira referência à organização do atendimento clínico à adolescentes, foi o acompanhamento de alunos em internatos na Inglaterra. Em 1884 foi constituída a Associação de Médicos de Escolas, que no ano seguinte, publicou um Código de regras com o explícito objetivo de evitar a disseminação de doenças infecciosas (SILBER, 1995).

Em relação às publicações especializadas sobre a temática, o primeiro livro referido no "index Medicus", abordando o tema adolescência data de 1904, a obra Hall (1904), intitulada Adolescência: sua psicologia e relação com fisiologia, antropologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação. A proposta do autor, era que o ser humano em desenvolvimento, passaria por estágios correspondentes aos que ocorreram na evolução da espécie humana, desde o primitivismo animal até a vida civilizada, que caracterizaria a maturidade. As etapas de desenvolvimento descritas em sua teoria, obedeceriam a um padrão universal, inevitável e imutável, de forma independente do ambiente, controladas exclusivamente pela hereditariedade. Apresentava a adolescência como um período de sturm and drang – tempestade e tensão -, de turbulência e transição ao adulto final. Nos quais os indivíduos oscilavam entre vigor e letargia. Assumindo que essa fase perigosa e trabalhosa demandava proteção.

Por tratar-se de uma área de atuação, relativamente recente na atuação médica: a primeira publicação, como referida acima, data de 1904. Em 1918, a primeira publicação de clínica médica para adolescentes, por Amélia Gates: "O trabalho da clínica de adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford".

No Brasil, iniciaram na década de 1970, na Universidade de São Paulo, na Santa Casa de São Paulo e na Universidade do Rio de Janeiro os primeiros estudos e atendimentos voltados para a adolescência. Na década de 1980 a Sociedade Brasileira de Pediatria identifica como uma especialidade necessária, criando o Comitê de Adolescência. O Ministério da Saúde, em 1989, divulgou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Em maio de 2002, a adolescência tornou-se curso obrigatório, da área de atuação da Pediatria. E portanto, com a

instituição do Serviço de Residência Médica em Pediatria no Hospital Infantil Seara do Bem – HISB, foi instituído um espaço de conhecimento, estudo e atendimento específico para o adolescente, pelo residente em pediatria e o acadêmico de medicina.

## 1.6 A ABORDAGEM ECOSSISTÊMICA

Portanto, faz-se necessário ampliar o contexto do adolescente, para sua compreensão, além do ambiente de saúde, ampliando para a teoria ecossistêmica:

Dessa maneira, as "novas reformulações do modelo ecológico de desenvolvimento humano, realizadas por Bronfenbrenner e Morris (1998), inclui uma nova forma de olhar as propriedades da pessoa em desenvolvimento. Bronfenbrenner faz também críticas a sua primeira abordagem, em relação à ênfase demasiada nos contextos de desenvolvimento, deixando a pessoa em desenvolvimento num segundo plano. Então, o novo modelo, que em vez de ecológico, passa a ser chamado de bioecológico, tende a reforçar a ênfase nas características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento. Outro aspecto proposto no novo modelo é o construto teórico "processos proximais", entendido como "formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano" (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). No modelo bioecológico, são reapresentados quatro aspectos multidirecionais interrelacionados, o que é designado como modelo PPCT: "pessoa, processo, contexto e tempo".

Assim, nossa proposta integradora agrega a estratégia transdisciplinar, e se torna ferramenta de atuação fundamental. Transdisciplinaridade: valoriza a disciplinaridade das especialidades que trabalham cooperativamente. Focalizando no entendimento do tema em questão, associando também a intuição, o imaginário, a sensibilidade e o senso comum dos participantes não especialistas, ou leigos. Coloca os saberes em comunicação produzindo um novo conhecimento a partir da pluralidade.

Partindo desta percepção, surgiram vários enfoques nas últimas décadas, para analisar as complexas relações entre o ambiente e os padrões de saúde decorrentes da estrutura social, econômica e política e da organização do setor de saúde.

Por conseguinte, uma abordagem sistematizada surgiu no Canadá, meados de 1980, denominado "modelo Lalonde", adotado pelo modelo canadense na reorganização da saúde pública. O modelo abrange: 1) o cuidado com o estado biofísico; 2) a inclusão dos fatores

sociais; 3) a relevância dos atributos individuais, expressos nos estilos de vida; 4) a bagagem genética. Nesta abordagem cada um dos elementos é avaliado especificamente e em conjunto.

Ademais, o enfoque ecossistêmico da saúde humana busca, precisamente, realizar teórica e praticamente, a integração interdisciplinar da saúde e do ambiente. Por meio do desenvolvimento de ciência e da tecnologia, gerada e aplicada em consonância com gestores públicos, privados, com a sociedade civil e os segmentos populacionais afetados. Esse enfoque vem baseado em três pilares: transdisciplinaridade, participação social e equidade de gênero (MERTENS, 2007).

Sobretudo, através da adoção e avaliação da proposta ecossistêmica da saúde mostra que, não há um ecossistema pré-definido sobre o qual se possa aplicar uma definição. Os atores devem buscar as definições, responsabilizando-se com os objetivos de mudança e intervenção, sempre considerando estar dentro de ecossistemas maiores, transformando numa unidade analítica.

### 1.7 TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO ADOLESCENTE

Discutimos aspectos sobre quatro orientações teóricas acerca do desenvolvimento: a psicanalítica, a cognitiva, a comportamental e social cognitiva e a bioecológica.

As teorias sozinhas não contemplam a dimensão adolescente; com a composição do quebra-cabeças dessas teorias podemos compreender, mesmo com aspectos discordantes, sobre o desenvolvimento humano na adolescência. Geralmente, complementando-se, eventualmente contraditórias. Mas a contradição, faz parte do processo adolescente.

## 1.7.1 Teorias Psicanalíticas

Vamos reler Freud, Peter Blos, Anna Freud e Erik Erikson.

Os teóricos psicanalíticos enfatizam que o comportamento é meramente uma característica aparente, e o verdadeiro entendimento do desenvolvimento requer análise de significados simbólicos do comportamento, e do funcionamento da mente. E fazem referência, às experiências precoces parentais.

- A teoria de Sigmund Freud: de acordo com sua teoria, passamos por cinco estágios do desenvolvimento psicossexual: oral, anal, fálico, latente e genital. Nossa personalidade adulta, conforme Freud, é determinada pela forma como resolvemos os conflitos entre as fontes de prazer em cada estágio e as demandas da realidade.

Assim, Freud dividiu a personalidade em três estruturas: id, ego e superego. 0 id consiste em instintos, um reservatório de energia psíquica do indivíduo. Na percepção de Freud, o id é totalmente inconsciente e não tem contato com a realidade. Então, quando a criança experimenta as demandas e restrições da realidade, emerge uma nova estrutura da personalidade – o ego -, que trata das demandas da realidade. O ego é chamado de "parte executiva" da personalidade porque toma decisões racionais. O superego é a parte moral da personalidade.

Outrossim, Freud considerava a personalidade como um iceberg. A maior parte da personalidade se encontra abaixo do nosso nível de consciência. Freud considerava que as primeiras experiências da infância, muitas das quais ele acreditava que são sexualmente carregadas, são excessivamente ameaçadoras e estressantes para que o indivíduo possa manejálas conscientemente, então são reprimidas.

Por consequência, salientava que a vida do adolescente é repleta de tensão e conflito. Para reduzir a tensão, postulava que os adolescentes enterram seus conflitos em sua mente inconsciente.

Enquanto, Peter Blos (1989), psicanalista britânico, e Anna Freud (1966), filha de Sigmund Freud, argumentaram que os mecanismos de defesa, proporcionam um insight considerável para o desenvolvimento adolescente. E, também Blos afirmou, que a regressão durante a adolescência não é defensiva, mas um aspecto integrante, normal, inevitável e universal da puberdade. A natureza da regressão pode variar de um adolescente para outro. Pode envolver condescendência e asseio, ou pode envolver um retorno repentino à passividade, que caracterizava o comportamento do adolescente durante a infância.

De outro modo, Anna Freud (1966) desenvolveu a ideia de que os mecanismos de defesa são a chave para a compreensão da adaptação do adolescente. Ela sustentava que os problemas da adolescência, estão nos objetos de amor do passado do adolescente. Refere que são inibidos durante a infância, sendo despertados na adolescência, atuando em combinação com os adquiridos neste período.

De fato, a teoria de Freud foi significativamente revisada por inúmeros teóricos psicanalíticos. Tanto que, muitos contemporâneos ressaltam que ele enfatizou excessivamente os instintos sexuais. Colocam mais ênfase nas experiências culturais como determinantes do

desenvolvimento do indivíduo. O pensamento inconsciente permanece como tema central, porém, a maioria dos psicanalistas contemporâneos argumenta que o pensamento consciente desempenha um papel maior do que Freud visualizava. Continuando, descrevemos as ideias de Erick Ericson, um importante revisionista de Freud.

- Teoria de Erick Ericson: nasceu na Alemanha em 1902. Desenvolveu a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, também é um dos teóricos da Psicologia do Desenvolvimento. Transferiu-se para os Estados Unidos em 1933. Recebeu influência de Anna Freud, estabelecendo críticas, porque não contemplava as interações com o meio e o indivíduo. No início da carreira interessou-se pela adolescência. A ele, se deve a expressão "crise da adolescência".

Também afirmava, que desenvolvemos em estágios psicossociais, em vez de estágios psicossexuais, conforme Freud. Para Freud, a motivação primária do comportamento humano é sexual por natureza; de acordo com Ericson ela é social, e reflete o desejo de se afiliar a outras pessoas. Sua teoria refere que as mudanças do desenvolvimento ocorrem ao longo da vida, também enfatiza, a importância das experiências precoces e posteriores em contraposição aos teorias freudianas.

Sua teoria é desenvolvida em oito estágios. Em cada estágio, uma tarefa desenvolvimental confronta o indivíduo com uma crise que precisa ser resolvida. Ericson refere essa crise, não como catástrofe, mas como um momento vulnerável e com potencial reforçado. Quanto mais sucesso o indivíduo tem na solução da crise, mais saudável será seu desenvolvimento.

Avaliando as teorias psicanalíticas: as contribuições incluem uma ênfase na estrutura desenvolvimental, nas relações familiares e nos aspectos inconscientes da mente. Fragilidades incluem falta de apoio científico, ênfase excessiva nos aspectos sexuais subjacentes, e uma imagem negativa das pessoas (SANTROCK, 2014).

### 1.7.2 Teorias Cognitivas

As teorias cognitivas enfatizam os pensamentos conscientes. Vamos nos referir sobre três teorias cognitivas importantes, que são a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, a teoria subcultural do desenvolvimento cognitivo de Vygotsky e a teoria do processamento da informação.

- Teoria de desenvolvimento cognitivo de Piaget: afirma que os indivíduos constroem ativamente a sua compreensão do mundo e, atravessam quatro estágios do desenvolvimento cognitivo. Dois processos estão subjacentes a esta construção cognitiva do mundo: organização e adaptação. Para entender o nosso mundo, os adolescentes organizam suas experiências. Por exemplo, eles separam ideias importantes de ideias menos importantes, e conectam umas às outras. Além de organizar suas observações e experiências, eles se adaptam, ajustando-se às novas demandas ambientais (conforme SANTROCK citando MILLER, 2014).

Também, Piaget (1954) sustenta que as pessoas atravessam quatro estágios na compreensão do mundo: estágio sensório-motor, pré-operatório, operatório-concreto, operatório-formal.

Assim, torna-se indispensável conceituar os dois últimos estágios, que se referem à faixa etária do nosso interesse. O estágio operatório-concreto, terceiro estágio, vai aproximadamente dos 7 aos 11anos. A criança consegue realizar operações que envolvem objetos, além de poder raciocinar logicamente, contanto que possa aplicar o raciocínio à exemplos específicos ou concretos. Exemplificando: aqueles que estão no estágio operatório-concreto não conseguem imaginar os passos necessários para concluir uma equação algébrica, abstrata demais para ser pensada nesse estágio do desenvolvimento.

O estágio operatório-formal, entre 11 e 15 anos e continua durante a vida adulta, é o quarto e último estágio, segundo Piaget. O indivíduo vai além das experiências concretas, e pensa em termos mais abstratos e lógicos. Como parte do pensamento mais abstrato, o adolescente desenvolve imagens de circunstâncias ideais. Eles podem pensar sobre como é um pai ideal, e comparar seus pais à este padrão. Ele começa a cogitar possibilidades para o futuro, e fica fascinado com o que poderá vir a ser. Ao resolver problemas, ele se torna mais sistemático, desenvolvendo hipóteses sobre por que alguma situação está acontecendo de determinada forma, e depois testando suas hipóteses.

Esta teoria nos permite compreender a relação da observação comportamental relacionada à cognição, e as transformações e maturação neurológica do período.

- Teoria sociocultural do desenvolvimento cognitivo de Vygotsky: russo, Lev Vygotsky (1896-1934), é um desenvolvimentista. Enfatiza que os indivíduos constroem ativamente seu conhecimento. Ele confere à interação social e à cultura papéis muito mais importantes do que Piaget. É uma teoria sociocultural, que enfatiza como a cultura e a interação social guiam o desenvolvimento cognitivo. Retrata o desenvolvimento como inseparável das atividades sociais e culturais. Salienta que o desenvolvimento cognitivo inclui aprender a usar as invenções da

sociedade, como a linguagem, os sistemas matemáticos e as estratégias de memória. Por exemplo, numa cultura aprendem a contar usando o auxílio do computador, noutra contas de vidro. Refere que a interação social de crianças e adolescentes com adultos e companheiros mais habilidosos, é indispensável para seu desenvolvimento cognitivo. Com essa interação, eles aprendem a usar as ferramentas que os ajudarão a se adaptar, e a ter sucesso na sua cultura.

- Teoria do processamento da informação: enfatiza que os indivíduos manipulam a informação, a monitoram e desenvolvem uma estratégia sobre ela. Diferenciando de Piaget e aproximando-se de Vygotsky, a teoria do processamento da informação não descreve o desenvolvimento em estágios. E, sim os indivíduos desenvolvem uma capacidade crescente para o processamento de informação, o que lhes permite adquirir conhecimentos e habilidades cada vez mais complexos (SANTROCK, 2014).

Entretanto, Robert Siegler (2006), um importante especialista em processamento da informação infantil, afirma que pensamento é o processamento das informações. Então, quando os adolescentes percebem, codificam, representam, armazenam e recuperaram informações, eles estão pensando. E Siegler, enfatiza que um aspecto importante do desenvolvimento é aprender boas estratégias para o processamento da informação. Por exemplo, tornar-se um leitor melhor, pode envolver aprender a monitorar os temas principais do material a ser lido.

Avaliação das teorias cognitivas: as contribuições das teorias cognitivas incluem uma visão positiva do desenvolvimento e, uma ênfase na construção ativa da compreensão. As deficiências incluem ceticismo quanto à pureza dos estágios de Piaget, e a pouca atenção às variações individuais.

## 1.7.3 Teorias Comportamentais e Sociais Cognitivas

Vamos expor duas versões do behaviorismo, o condicionamento operante de Skinner e as teoria social cognitiva de Bandura.

Condicionamento operante de Skinner (SKINNER, 1904-1990): por meio do condicionamento operante as consequências de um comportamento produzem mudanças na probabilidade da ocorrência do comportamento, conforme refere o teórico. Este enfatiza, que o desenvolvimento consiste no padrão de mudanças comportamentais, ocasionadas por recompensas e punições.

Teoria social cognitiva de Bandura: essa teoria sustenta que o comportamento, o ambiente e a cognição são os principais fatores no desenvolvimento.

Sobretudo, o psicólogo Albert Bandura (1925-), é seu principal arquiteto. Seu modelo mais recente de aprendizagem inclui três elementos: comportamento, pessoa\cognição e ambiente.

Avaliando as teorias comportamentais e sociais cognitivas: como fragilidade há excessiva ênfase na cognição nas teorias de Skinner. E atenção inadequada às mudanças do desenvolvimento. É positiva a ênfase que é dada à pesquisa científica, e nos determinantes sociais e ambientais.

## 1.7.4 Teoria Ecológica e o Pensamento Complexo

Uma teoria ecológica, com significado para a compreensão do desenvolvimento adolescente, foi criada por Urie Bronfenbrenner (1917-2005). Ela sustenta que o desenvolvimento reflete a influência de cinco sistemas ambientais: microssistema, mesossistema, exossistema, macrossistema e cronossistema (Figura 1).

O microssistema é contexto de vivência do adolescente: família, amigos, escola e vizinhos, o local de trabalho. Onde as interações se desenrolam de forma direta do indivíduo em desenvolvimento e seu interlocutor. Troca de influências, bidirecional. Por exemplo, na interação pais-bebê. Ocorrem, também as interações mais diretas com os agentes sociais (pais, amigos, professores). O adolescente é auxiliado a construir os contextos, porém não é um agente passivo. Os microssistemas recebem a consideração de centro gravitacional do ser biopsicossocial. Ambientes onde, os papéis, as atividades, as interações de forma proximal ocorrem. Neste espaço, como contexto primário de desenvolvimento, com a observação e participação das atividades e vivências conjuntas, nível crescente de complexidade, sob a supervisão, relação afetiva positiva (BRONFENBRENNER & MORRIS, 2006).

No contexto secundário, o indivíduo é impelido a experienciar o primeiro contexto, sem supervisão direta. Estas estruturas, podem ser promotoras ou inibidoras, do envolvimento das crescentes atividades de interação com o ambiente, para o desenvolvimento do indivíduo. São exemplos a escola, a família, o local de trabalho, etc. onde as interações se desenrolam de forma direta, do indivíduo em desenvolvimento e seu interlocutor. Troca de influências, bidirecional. Por exemplo: na interação pais-bebê, ambos afetam a vida de um e outro (BENETTI, 2013).

O mesossistema envolve o relacionamento do microssistema. As conexões entre os contextos, a interação entre dois ou mais microssistemas. A inter-relação entre as vivências\experiências, familiares e escolares, escolares com religiosas, familiares com amigos, por exemplo.

O exossistema, também é um elo entre dois ou mais contextos. É a interconexão entre o contexto social, no qual o adolescente não tem um papel ativo (o indivíduo não está nele inserido) e o contexto imediato do indivíduo. Para compreensão, envolve uma situação externa não dependente do adolescente, mas que trará alterações no padrão de interações com este. Por exemplo: um transtorno na atividade de trabalho de um dos pais, causando stress, pode acarretar diretamente faça parte deste microssistema.

O macrossistema se refere a cultura da vivência do adolescente. É um conjunto mais complexo que agrega os três sistemas com a sua cultura, crenças, valores, costumes, comportamentos e produtos da existência, sabedoria, transmitidos de geração à geração. Está em disposição com os demais sistemas sociais, políticos, econômicos (recursos, riscos, oportunidades, opções, estilo de vida, padrões de intercâmbio social). Esses sistemas e suas composições perpassam no desenvolvimento de modo paralelo, cruzado, transversal, subliminar, filtrando e orientando comportamentos (BENETTI, 2013).

O cronossistema circula durante o curso da vida, com os padrões de eventos, transições ambientais e situações sócio históricas. É a outra dimensão que navega em todos os sistemas, determinando mudanças, avanços, retrocessos e estabilidade. É o efeito do tempo sobre os outros sistemas, vinculado aos parâmetros do contexto e processos proximais. Bronfenbrenner (2004; BRONFENBRENNER e MORRIS, 2006) agrega as influências biológicas. E reformatou esta teoria como Bioecológica.

Com esse agregado, temos uma visão mais ampla e compreensiva do desenvolvimento adolescente. E principalmente, pertinente a nossa pesquisa e estudo.

Portanto, avaliando a teoria ecológica, temos como fortalezas o exame sistemático das dimensões macro e micro dos sistemas ambientais, e a atenção às conexões deste sistema. Como crítica, ainda, a pouca dimensão descrita nos fatores biológicos e discreta abordagem da cognição (SANTROCK, 2014).

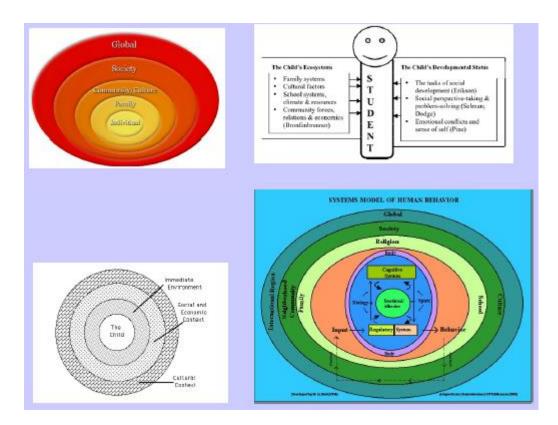


Figura 1. Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner

Fonte: KREBS, 2004.

Continuando com Santrock (2014), e nos agregando às suas percepções, singularmente, nenhuma teoria do desenvolvimento adolescente contextualiza a complexidade da adolescência. A psicanalítica agrega conhecimentos da mente inconsciente; Erickson descreve melhor as mudanças no desenvolvimento adulto; Piaget, Vygotsky e o processamento da informação nos remetem a uma melhor compreensão do desenvolvimento cognitivo. As teorias comportamentais, sociais cognitivas e ecológica nos remetem a compreensão dos determinantes ambientais do desenvolvimento. Nenhuma unânime, porém úteis e pertinentes. Nos associando ao autor citado, a orientação teórico-eclética: não segue uma abordagem teórica específica. Com o conhecimento de todas, utilizamos o que melhor pode auxiliar no acompanhamento de cada adolescente em seu momento de desenvolvimento e vivência abordada.

Desta forma, podemos visualizar o estudo do desenvolvimento adolescente utilizando os diferentes teóricos, com diferentes afirmações e diferentes estratégias, aproximando-se às necessidades do adolescente.

Finalizando, as referências sobre teorias do desenvolvimento na adolescência, acompanhando a linha na direção da teoria bioecológica e teórico- eclética, pois envolve a proposta do mestrado e da pesquisa.

Assim, a produção de um pensamento inclusivo, tanto na Educação Ambiental, quanto na Bioecologia do Desenvolvimento Humano, podem colaborar para construir uma noção de cidadania com valores humanitários, com consciência individual associada ao senso de pertencimento cultural e planetário.

"Na área da saúde, as publicações analisadas evidenciam a compreensão do processo saúde-doença de forma fragmentada, com pouca repercussão para uma atenção integral à saúde dos jovens. As evidências deste estudo apontam para a necessidade de integração da saúde com outras políticas voltadas para os jovens, a necessidade de diálogo com as produções acadêmicas sobre juventude para a melhoria das ações ofertadas a essa população e a incorporação desse referencial na área da saúde."

Nesse viés, Amarante e Soares (2009) afirmam que é ainda mais recente a incorporação de referenciais de juventude na elaboração de políticas públicas no Brasil. Com a criação, em 2003 da Secretaria Nacional de Juventude, a perspectiva de compreensão dessa população como um grupo de indivíduos que se desenvolve com energia, espírito criativo, inovador, construtivo e com potencial de contribuição para o desenvolvimento do país.

De forma associada Morin (2003), também nos traz a teoria do pensamento complexo, onde questiona e desafia sobre a utilidade dos saberes parciais: senão para que seja se integrar na resposta à ciência, experiência e expectativas que a vida se desenrola?

A Teoria Cartesiana segmentou o conhecimento, o ser, a ciência, o ambiente, os objetos na busca do saber objetivo. Que num momento da evolução da humanidade, foi pertinente para a evolução científica: proporcionou a passagem da Idade Média, com o conhecimento praticamente sedimentado na oralidade e empirismo, para a comprovação científica com capacidade de replicação e regeneração. E nestes saberes, evoluímos para a Era Moderna, transformadora da humanidade: de seres totalmente relacionados e dependentes com o ambiente (clima, estações, fases da lua, solaridade, espaço rural, temporalidade, etc.) para seres urbanos. Cada vez mais contextualizados com as evoluções e dependências que a revolução industrial proporcionou. A idade moderna se concretizou com a evolução científica, embasada no conhecimento racional, lógico, sistemático, replicável, nos meados do século passado. Que proporcionou à humanidade o Iluminismo. Conhecimentos que transformaram relações, trabalho, cultura e saúde. Quando novos adventos na física, filosofia, medicina, sociologia e educação não se continham no dualismo. A certeza linear e as disciplinas reduzidas e desarticuladas impossibilitaram a tessitura, compreensão e complexidade. Morin (2003), traz

sua leitura que nos orienta a distinguir para articular parte e todo na direção do tecido que compõe a humanidade e a vida.

Neste pensamento de Morin, pode-se refletir sobre a crise de conceitos. Uma vez que estiveram claros e limpos e, agora, incertos e inconsistentes. Permeabilidade e maleabilidade são as características que possibilitam construir o conjunto em conjunto, sem perda da unidade de suas propriedades. Não estamos num ambiente previsível e ordenado, peculiaridades e ambiguidades se organizam neste tecido que se auto organiza e auto sustenta (ARRUDA, 2012).

Nesta compreensão Morin, Bronfenbrenner e Arruda se articulam e fortalecem esse estudo. Com suas insatisfações se aventuram a desafiar o que se mostra "limpinho". Compreender as mais variadas dimensões humanas, produzindo consciências ampliadas inseridas no ambiente e, sendo parte do todo, da rede, do tecido, sem perder suas propriedades e sua essência.

# 1.8 POR UM PENSAMENTO SISTÊMICO PARA O ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES

Um sistema pode ser considerado um conjunto de entidades ou elementos unidos por interdependência regular, que forma um todo integral (JORDAN, 1974); ainda, concebendo um sistema como uma unidade global organizada de inter-relações entre elementos, ações e indivíduos, por Morin (2002). Com isto, fornece uma visão do todo em vez das partes; dos relacionamentos e não dos objetos isoladamente, da circularidade e não da causalidade linear e do conhecimento contextual e epistêmico ao invés do conhecimento objetivo (CAPRA, 2006; DOLCI, 2013).

Historicamente, a teoria geral dos sistemas de Bertalanffy e a cibernética na concepção do matemático Wiener, embasam a atual abordagem sistêmica. Como se foram agregando teorias e pensamentos, Checkland (1999) traz uma visão sobre o pensamento sistêmico: possui duas ramificações, a aplicação do pensamento sistêmico em outras disciplinas, e o estudo dos sistemas propriamente dito. Este movimento trouxe influencias para as demais teorias, culminando com a teoria geral dos sistemas, modelagem "hard e soft" (DOLCI, 2013).

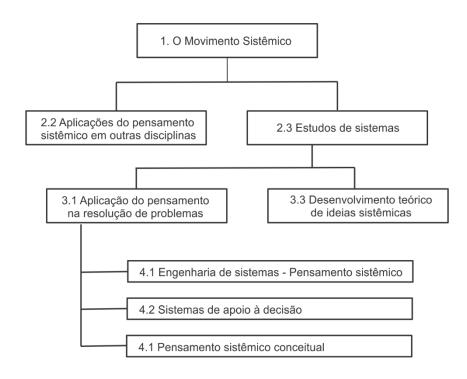


Figura 2. Aspectos relacionados ao Movimento Sistêmico

Fonte: Adaptado de Checkland (1999).

Quadro 1. Conceitos sobre pensamento sistêmico e a sua hierarquia

1	Sistemas							
2	Movimento Sistêmico							
3	Gerard		Miller		Bertalanffy		Boulding	
4	Teoria Geral dos Sistemas				Cibernética			
5	Bertalanffy		Boulding		Wiener	Ashby	Maruyama	
6	Dinâmica de Sistema	Modelage m Hard	Modelagem Soft System		Modelage m Cognitiva		Quinta Disciplina	Comportament o Humano
7	Forester		Checkland		Éden		Senge	Ackoff
8			Rich Picturre	Catwoe	Modelos Mentais	Modelos Conceituais		
9	Pensamento Sistêmico							

Fonte: DOLCI et al., 2012.

A Figura 2 organiza sob o conceito de mapa conceitual o desdobramento do pensamento sistêmico. Em primeiro plano, seu efeito e prática sobre as demais áreas do conhecimento além da física. E, em segundo, a partir da origem, sua evolução sobre os sistemas, culminando na teoria geral dos sistemas.

Como o desenvolvimento sistêmico foi se constituindo de saberes advindo de várias áreas do conhecimento (mecanicismo, vitalismo, ecológica, atômica, etc.), o quadro 1 organiza conceitos e hierarquias: os sistemas como o todo, e os movimentos sistêmicos nas correntes da

Teoria Geral dos Sistemas e sua evolução, que constitui a cibernética. Sempre referenciando o princípio do desenvolvimento das teorias e seus estudiosos.

#### 1.8.1 Teorias Sistêmicas Clássicas

Os novos desafios da sociedade atual, sociedade em rede, evoluíram do anterior paradigma cartesiano, linear. Mudanças técnicas e sociais em avanço progressivo e temporal desafia o pensamento humano. Na superação destes desafios, a humanidade redimensiona paradigmas: o pensamento sistêmico.

As raízes do pensamento sistêmico têm origem na Grécia antiga, a palavra "synhistanai", significa sintetizar ou colocar junto. No século XX é que este conceito assume importância, e vai se organizando nas suas diferentes áreas. Conforme Dolci (2013), se observa indefinição consensual dos conceitos e interações do pensamento sistêmico. No artigo relata as principais teorias e metodologias do pensamento sistêmico e relação entre os conceitos. Estabelecendo com mapas conceituais uma estrutura de conceitos e relações (DOLCI, 2013).

No início do século XX, a investigação experimental dos átomos provocou resultados inesperados: concluiu-se que os átomos consistem em extensas regiões de espaço com partículas pequenas, os elétrons, que movimenta-se ao redor de seu núcleo. A teoria quântica, no segmento dos estudos definiu que as unidades subatômicas da matéria são entidades abstratas e de aspecto dual. Conforme o modo de observação se comportam como partículas, ora como ondas. Este comportamento também ocorre com a luz.

Um elétron não é uma partícula, nem uma onda. Pode apresentar aspectos de um ou outro, conforme a situação que se encontra. A partir, destes conhecimentos entende-se que nem o elétron, ou outro "objeto" possuem propriedades intrínsecas, independentes do seu meio ambiente (CAPRA, 2006).

Niels Bohr introduziu a noção de complementaridade: a imagem da partícula e da onda são duas descrições complementares da mesma realidade. Ambas são necessárias para a descrição total da realidade atômica, e aplicadas dentro do princípio de incerteza: não podemos predizer com certeza um evento atômico, podemos prever a probabilidade da sua ocorrência.

Advém o entendimento que as partículas subatômicas não são "coisas", são interconexões. E interconexões com outras "coisas". Na Teoria Quântica lida-se com interconexões. A física moderna nisto revela a unicidade básica do universo. Ao penetrar-se na

matéria, não observa-se elementos básicos isolados: depara-se com uma teia complexa de relações entre várias partes de um todo unificado (HEISENBERG, 2014).

Com esta nova realidade, baseada no estado de inter-relação e interdependências de todos os fenômenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais, com transcendência às fronteiras disciplinares e conceituais, busca-se a concepção sistêmica da vida. Na abordagem do estudo aqui presente, o labor efetuado e seu entendimento do processo de saúde.

As células, os sistemas vivos e as estruturas orgânicas são determinadas por processos (CAPRA, 2006), uma vez que crescem.

As teorias sistêmicas clássicas podem ser definidas a seguir:

## 1. Tectologia

O médico pesquisador, filósofo e economista russo, Alexander Bogdanov (1873-1928) desenvolveu uma teoria sistêmica, nomeada de "tectologia". Do grego tekton (construtor), traduzido como "ciência das estruturas". Foi a primeira tentativa na história da ciência, para formulação dos princípios sistemáticos de organização, que operam os seres vivos e não vivos. Ele antecipou o arcabouço conceitual da teoria geral dos sistemas de Ludwig von Bertalanffy. E também, definiu forma organizacional, como a totalidade de conexões entre elementos sistêmicos. Utiliza de maneira permutável as palavras "complexo" e "sistema", com o objetivo de formular uma "ciência universal da organização" (CAPRA, 2014).

O estudo de ambas as formas de dinâmica organizacional, através dos estudos dos sistemas naturais e sociais, Bogdanov explorou ideias dos princípios que biólogos organísmicos e ciberneticistas viriam a desenvolver. Em função de dois mecanismos organizacionais básicos, formação e regulação, a constância e o desenvolvimento de todos os sistemas podem ser entendidos.

Ao definir categorias de crises, antecipou o conceito de catástrofe. Este, mais tarde, tornou-se um conceito chave da teoria da complexidade.

Reconheceu que os sistemas vivos são abertos e operam longe do equilíbrio, e seus processos de regulação e autorregularão foram profundamente estudados.

Descreveu o sistema conhecido como "feedback", que se tornou um conceito central da cibernética.

A matemática dos sistemas complexos, foi retratada em suas ideias pelo simbolismo tecnológico abstrato, um novo tipo de matemática capaz de avaliar os padrões de organização que descobriu.

Bogdanov, antecipou em vinte a trinta anos, com a publicação em russo dos três volumes Tectologia entre 1912 e 1917, o que viria a ser a "teoria geral dos sistemas", de Ludwig von Bertalanffy (CAPRA, 2014).

### 2. Teoria geral dos Sistemas

Ludwig von Bertalanffy, biólogo austríaco (1901-1972), com outros biólogos organísmicos, acreditavam que os fenômenos biológicos careciam novos modos de pensar. O pensamento evolutivo (devido a ideia de evolução no pensamento científico, então, recentemente agregada) que lida com ideias de mudanças, crescimento e desenvolvimento, exigiu uma nova ciência da complexidade. A primeira formulação desta nova ciência foi a termodinâmica clássica. A lei da dissipação da energia, segunda lei. Este dilema não foi resolvido pelo autor. Mas ele, ao reconhecer que os organismos vivos são sistemas abertos, não descritos através da termodinâmica clássica. Denominados de "aberta", porque precisam se alimentar de forma contínua de matéria e energia, extraídas do ambiente, para manter vitalidade. Os sistemas abertos se mantém afastados do equilíbrio, em estado estacionário, caracterizado por fluxo e mudança contínuos. Referido como "equilíbrio fluente". Na década de 1940, a matemática não era suficiente para a expansão da termodinâmica. Na década de 1970, com a nova matemática da complexidade para reavaliar a segunda lei, com novas expansões sobre ordem e desordem. Realizações de Ilya Prigogine (1917- 2003). (CAPRA, 2014).

## 3. Cibernética

Tornou-se um movimento intelectual de matemáticos, neurocientistas, cientistas sociais e engenheiros. Estudos concentrados em padrões de comunicação, em ciclos (loops) fechados e redes, evoluindo aos conceitos de auto-organização. Wierner, em especial, percebeu que a inovação das noções de mensagem, controle e feedback referiam-se a padrões de organização.

Ao mesmo tempo, em estudo paralelo, independente do grupo cibernético, Alan Turing (1912-1954), inglês, desenvolveu um sistema lógico abstrato, conceituando "algoritmo e computação". Surgindo assim, a ciência da computação e inteligência artificial (CAPRA, 2014).

Os ciberneticistas evoluíram para o lado mental, intenção de criar uma ciência exata à mente. O arcabouço conceitual da cibernética foi desenvolvido em Nova York entre 1946 e 1953. Conhecidos como Macy Conferences, diálogos interdisciplinares, novas ideias e pensamentos inovadores reunia os pensadores e cientistas. Norbert Wiener (1894-1964), matemático e filósofo, com interesse em biologia. Jon von Neumann (1903-1957) matemático, escreveu sobre mecânica quântica e evoluiu na invenção do computador digital. Bateson,

influenciado por Wiener, aprofundou os estudos científicos ampliando a diversidade. Como principal objetivo, descobrir princípios de organização comuns na diversidade. Fenômenos associados à vida, "o padrão que conecta", que expressaria anos depois. Seu legado mais expressivo são os conceitos de mente, baseado em conceitos cibernéticos desenvolvidos na década de 1960. Possibilitou a compreensão da natureza da mente como um fenômeno sistêmico, e tornou inédita a tentativa científica de superar a divisão cartesiana entre mente e corpo (CAPRA, 2014).

Significar a transmissão de informações a respeito do resultado de qualquer processo, ou atividade de volta para a sua fonte.

O dogma do processamento de informações foi seriamente questionado, no entanto as ideias alternativas foram eclipsadas em favor da visão computacional dominante. Estas reemergiram em 1970, com um novo fenômeno, denominado auto-organização. Para sua compreensão, primeiro compreender a importância do padrão. Na maior parte do tempo, o estudo do padrão ficou obscurecido pelo estudo da matéria. Ressurgiu no nosso século pelos pensadores sistêmicos, para a compreensão da vida. Propriedades sistêmicas são propriedades de um padrão.

Como os primeiros pensadores sistêmicos descobriram, a propriedade mais importante desse padrão de organização, comum a todos os sistemas vivos, constitui o fato de que é um padrão de rede. Associado ao padrão de feedback, o estudo da comunicação e da retroalimentação em redes vivas leva à noção de auto-organização.

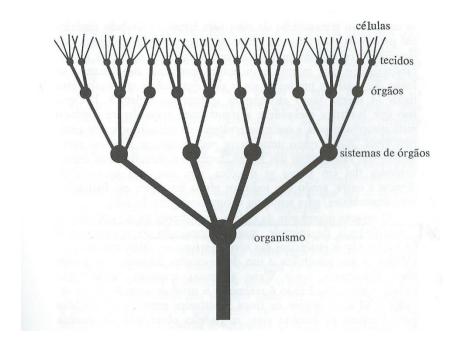
O conceito de auto-organização ficou evidente no meio científico ao final década de 1970, e ao longo de 1980. Associado à descoberta de uma nova matemática, para a descrição e análise de sistemas não lineares complexos, a matemática da complexidade.

A plasticidade e a flexibilidade internas dos sistemas vivos, controlado principalmente por relações dinâmicas, determina propriedades características, que faz parte do princípio de auto-organização (JAUTSCH, 1980). Os principais fenômenos dinâmicos da auto-organização são a auto -renovação (capacidade dos sistemas vivos de renovar e reciclar seus componentes, mantendo a integridade de sua estrutura global) e a autotranscedência (capacidade de direção criativa além de fronteiras físicas e mentais nos processos de aprendizagem, desenvolvimento e evolução).

<sup>(...)</sup> a relativa autonomia dos sistemas auto-organizadores projeta nova luz sobre a velha questão filosófica do livre-arbítrio. Do ponto de vista sistêmico, determinismo e liberdade são conceitos relativos. Na medida em que o sistema é autônomo em relação ao seu meio ambiente, ele é livre; na medida em que depender dele, através

da interação continua, sua atividade modelada por influências ambientais. A relativa autonomia dos organismos geralmente aumenta com sua complexidade, e atinge o auge nos seres humanos" (CAPRA, 2006).

O conceito sistêmico de ordem estratificada compõe o princípio de auto-organização. Em cada nível de complexidade, encontram-se sistemas integrados, que consistem em partes menores e, ao mesmo tempo, atuam como partes de totalidades maiores. A árvore sistêmica representa os níveis de complexidade dentro de um organismo vivo individual (CAPRA, 2006).



**Figura 3.** Árvore sistêmica representando vários níveis de complexidade dentro de um organismo vivo individual.

Fonte: CAPRA, 2006.

Este padrão pode ser denominado de hierárquico. Referia-se originalmente ao governo da igreja, organizado em escalões baseados em nível de poder. O símbolo tradicionalmente usado para representar esta estrutura é a pirâmide. Por esta razão, a inversão da pirâmide, constituindo a árvore sistêmica: a maioria dos sistemas vivos mostram modelos de organização em diferentes níveis, caracterizados por intrincados percursos não lineares, circulando sinais de informação e transação entre todos os níveis, ascendentes e descendentes. Por esta razão Capra (2006) inverteu a pirâmide para uma árvore justificando que: a árvore extrai seu alimento através das raízes e das folhas, a energia na árvore flui em ambas as direções, sem domínio das extremidades, com interação dos níveis, interdependência para sustentação da função do todo (Figura 3).

Desta concepção advém a proposta da anamnese sistêmica do adolescente, neste entrelaçamento da percepção complexa. Onde a segmentação e organização da ferramenta não oferece controle sobre o operador (médico), ou este sobre o paciente, mas organiza, contém a teia, para que não se constitua o caos. Mas o que representa o pensamento sistêmico para a saúde? Podemos entender o significado de sentir-se saudáveis, mas a definição precisa é impossível tendo em vista que a saúde é uma experiência subjetiva. Diferentes modelos de organismos vivos, cursam com diferentes definições de saúde. Se percebida a relatividade e a natureza subjetiva do conceito de saúde e doença, contextualiza-se o sistema cultural destes conceitos.

Culturalmente, em nosso meio, há trezentos anos o corpo humano é avaliado sob a ótica do modelo mecanicista, como uma máquina, em suas partes. A saúde definida como ausência de doença; mente e corpo separados. Observa-se mudanças com o pensamento sistêmico, o universo não é uma máquina, e sim, um sistema vivo. Esta nova abordagem serve de base para a assistência em saúde. A concepção sistêmica de saúde é ecológica, encontra-se alinhada com a tradição hipocrática, na qual se apoia a medicina ocidental (CAPRA, 2006). A saúde é um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos relacionados e dependentes.

Portanto, torna-se necessário ampliar o contexto do adolescente a partir da teoria ecossistêmica, considerando que as "novas reformulações do modelo ecológico de desenvolvimento humano, realizadas por Bronfenbrenner e Morris (1998), inclui uma nova forma de olhar as propriedades da pessoa em desenvolvimento. Bronfenbrenner faz também, críticas a sua primeira abordagem, em relação à ênfase demasiada nos contextos de desenvolvimento, deixando a pessoa em desenvolvimento num segundo plano. O novo modelo que em vez de ecológico, passa a ser chamado de bioecológico, tende a reforçar a ênfase nas características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento. Outro aspecto proposto no novo modelo é o construto teórico "processos proximais", entendido como "formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano" (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). No modelo bioecológico, são reapresentados quatro aspectos multidirecionais inter-relacionados, o que é designado como modelo PPCT: "pessoa, processo, contexto e tempo".

Nossa proposta integradora agrega a estratégia transdisciplinar, e se torna ferramenta de atuação fundamental. Transdisciplinaridade: valoriza a disciplinaridade das especialidades que

trabalham cooperativamente, focando no entendimento do tema em questão, associando também a intuição, o imaginário, a sensibilidade e o senso comum dos participantes não especialistas, ou leigos. Coloca os saberes em comunicação produzindo um novo conhecimento a partir da pluralidade.

Partindo desta percepção, surgem vários enfoques nas últimas décadas para analisar as complexas relações entre o ambiente e os padrões de saúde, decorrentes da estrutura social, econômica e política e da organização do setor de saúde.

Uma abordagem sistêmica surgiu no Canadá, meados de 1980, denominado "modelo Lalonde", adotado pelo modelo canadense na reorganização da saúde pública. O modelo abrange: 1) o cuidado com o estado biofísico; 2) a inclusão dos fatores sociais; 3) a relevância dos atributos individuais, expressos nos estilos de vida; 4) a bagagem genética. Nesta abordagem cada um dos elementos é avaliado especificamente e em conjunto.

O enfoque ecossistêmico da saúde humana busca, precisamente, realizar teórica e praticamente a integração interdisciplinar da saúde e do ambiente por meio do desenvolvimento de ciência e da tecnologia, gerada e aplicada em consonância com gestores públicos, privados, com a sociedade civil e os segmentos populacionais afetados. Esse enfoque vem baseado em três pilares: transdisciplinaridade, participação social e equidade de gênero (MERTENS, 2007).

Na adoção e avaliação da proposta ecossistêmica da saúde, observa-se que não há um ecossistema pré-definido sobre o qual se possa aplicar uma definição. Os atores devem buscar as definições, responsabilizando-se com os objetivos de mudança e intervenção, sempre considerando estar dentro de ecossistemas maiores, transformando numa unidade analítica.

## CAPÍTULO II PERCURSO METODOLÓGICO DE PESQUISA

Esse capítulo apresenta o percurso metodológico para a concretização da pesquisa e seus resultados para discussão e análise.

Partiu-se da discussão sobre qual metodologia poderíamos utilizar para percorrer o caminho e dar respostas aos objetivos. Descobrimos que o desafio estava não somente na escolha desta, mas também, em como praticá-la: uma vez que trata de domínios de conhecimento técnico, ciências biológicas, que se entrelaça com as ciências cognitivas, sociais e afetivas.

Após participação no Congresso Brasileiro de Ensino Médico em 2017, em mesa sobre a pesquisa qualitativa na produção científica médica, sua validade e suas aplicações, em consonância com o perfil de compreensão e aprofundamento dos dados, que o método permite coletar, definiu-se pelo método qualitativo. Guiado com a Roda de Conversa para a coleta de dados, referente à pesquisa sobre a anamnese sistêmica, que os acadêmicos de Medicina utilizaram no atendimento de adolescentes no Ambulatório no ano de 2017.

## 2.1 CONTEXTO DA PESQUISA

Os acadêmicos da Faculdade de Medicina realizam a formação em diferentes cenários. Quanto ao exercício da anamnese, em ambulatórios das UBS, em Ambulatórios de Especialidades, Emergências e nas Enfermarias. Esta prática, se realiza conforme os cenários e serviços e, o domínio e orientações que se efetuaram durante o curso.

O acadêmico no Ambulatório de Hebiatria é orientado prestar assistência integral à saúde do adolescente, nos seus aspectos orgânicos, psicoemocionais, familiares, sociais, cognitivos e ambientais. O instrumento utilizado pelos estudantes busca avaliar a saúde do adolescente, na abordagem preventiva e tratamento de doenças, proporcionando saúde, protagonismo e a atenuação de seus males.

Nesse contexto de formação médica, avaliação e validação da pesquisa qualitativa em medicina, buscamos enfatizar o objeto dessa pesquisa.

## 2.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa de cunho qualitativo, caracterizou-se pela busca do entendimento dos estudantes sobre a anamnese para o atendimento dos adolescentes.

Portanto, é uma pesquisa que lida com um evento controlado, porque há variáveis que se constituem causa para um determinado efeito (BRANDÃO, 1985).

Na investigação e produção do conhecimento, observamos outro aspecto fundamental da pesquisa realizada: a produção de conhecimento educacional. Na investigação do ensino das ciências, tem-se como objeto de estudo o "como" da aprendizagem de conhecimentos, que pertencem ao domínio das ciências experimentais (o quê da aprendizagem). Isto desprende articular áreas científicas distintas, e até opostas das estruturas do conhecimento (BRANDÃO, 1985).

De acordo com Minayo *et. al* (2004), a pesquisa qualitativa retribui aos processos e fenômenos sociais mais intensos, ou seja, procura trabalhar com depoimentos que tenham cunho significativo, portanto, ela caracteriza-se como pesquisa interpretativa, que possui rigor científico.

Dessa maneira, de abordagem qualitativa, a pesquisa de caráter exploratório, que de acordo Triviños (1987), proporciona ao pesquisador uma maior vivência sobre certo problema. Sendo assim, o contato com a população pesquisada, possibilita a obtenção de respostas aos objetivos da pesquisa, bem como, a compreensão mais ampla da realidade específica.

## 2.3 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Lages/SC, no Hospital Infantil Seara do Bem, na sala do auditório, em horário vespertino, com o grupo de estudantes selecionados do curso de Medicina da UNIPLAC, formandos em 2017. Alunos em estágio no Ambulatório de Adolescentes, que por acessibilidade aceitaram participar. O contato para o convite foi efetuado em dois momentos: primeiro, via eletrônica, através de *e-mail*; segundo, após o retorno do *e-mail*, contato para explanar o objetivo da pesquisa e a proposta da Roda de Conversa.

Citando Stepck et al. (2007):

Às vezes se se substitui o termo "sujeito" pelo termo "participante", num esforço cosmético para indicar que as pessoas em ou sobre as quais se realizam estudos não

são simples meios (ou não deveriam sê-lo), mas isto não tem aumentado o interesse por estudar a díade pesquisador-sujeito como um sistema social. A "relação médico-paciente", em contrapartida, tem adquirido a categoria de uma verdadeira instituição social sobre a qual exercem seu magistério desde os cientistas sociais até os médicos, passando por uma ampla gama de opinantes que pontificam sobre o que deve ser e prescrevem comportamentos, tanto para os profissionais (médicos, terapeutas) como os pacientes (clientes, usuários). A finalidade é que os pesquisadores desenvolvam programas pertinentes sem seus respectivos âmbitos e se estabeleça uma colaboração de pesquisa.

A seleção de sujeitos para estudos propõe por si mesma o problema do que constitui o grupo, porque a diversidade é inevitável. Concluindo que a construção do grupo apresenta artificialidade, e a pureza dos métodos de amostragem deve prever uma variabilidade em que entre o fator erro (DRUMOND, 2007).

Assim, a amostragem desta pesquisa foi obtida por acessibilidade ou por conveniência, em que para Gil (2002), este tipo de amostragem é muito utilizada em estudos exploratórios ou qualitativos, dos quais não necessita de um importante grau de precisão. Nesta amostragem, o pesquisador escolhe os participantes com os quais tem acesso.

Também, para Minayo (2004) a amostragem na pesquisa qualitativa não necessita de números para garantir sua representação, busca entender o problema a ser investigado, possibilitando abranger esse como um todo buscando as suas variáveis dimensões.

A estratégia da Roda de Conversa sustentou-se no foco sobre o questionamento do problema da pesquisa: como a anamnese sistêmica pode influenciar a formação médica contemporânea e o atendimento médico de adolescentes? Proporcionou material consistente na busca de respostas aos objetivos. Foram seis unidades avaliadas para posterior sustentação da discussão.

Esta estratégia metodológica estimula a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão, alimentando trocas de saberes e novas aprendizagens, uma vez que todos os que compõem a roda, têm iguais condições de colaborar (CECCIM & FEUERWERKER, 2004). Nesta perspectiva definiu-se a escolha da estratégia, a roda de conversa.

A amostra são os acadêmicos de medicina do último ano do curso. Todos realizaram estágio no Ambulatório de Adolescentes por cinco ou seis semanas, desenvolvido em dois períodos vespertinos na semana em ano de 2017. Alunos estagiários do internato do sexto ano do Curso de Medicina da UNIPLAC, na área de Pediatria. Todos obtiveram aprovação no curso e no cenário do ambulatório de hebiatria.

A seleção foi inicialmente à todos acadêmicos via virtual (por e-mail): informado sobre a pesquisa e o objetivo. Após duas semanas feito revisão da resposta através dos e-mails enviados. Houve devolutiva de dezoito (18) e-mails. Para estes, foi realizado o convite para participar da entrevista. Nesta seleção houve a preocupação que os participantes que se disponibilizaram ao encontro fossem de todos os períodos do estágio: sujeitos de diferentes grupos dos estágios, e de diferentes interesses de especialização. Com objetivo da amostra representar fidedignidade, diversidade e reduzir o viés da amostragem.

Para o dia e horário proposto, confirmaram a presença oito participantes. Definido a coleta de dados com os participantes, em número de oito, que se disponibilizaram a participar da pesquisa através da roda de conversa. Uma vez definido, que o grupo estaria formado por seis (6) à dez (10) participantes. Foram total de oito (8): cinco participantes do sexo feminino, e três do sexo masculino. Todos com a formação completa em seis anos (sem situações de repetência), idade variável entre vinte e quatro anos a trinta e três anos, dois (2) sujeitos com interesse na Residência de Pediatria, os demais em outras áreas (radiologia, cirurgia pediátrica, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, clínica médica e psiquiatria). Um sujeito com filho; um sujeito com outra graduação superior anterior. Quatro sujeitos do primeiro semestre e quatro do segundo semestre nas atividades do ambulatório.

### 2.4 INSTRUMENTO DE PESOUISA E COLETA DE DADOS

Considerando os apontamentos de Minayo (2004), foi elaborado um instrumento contendo um roteiro para a abordagem do assunto: anamnese sistêmica no atendimento ambulatorial dos adolescentes.

A coleta de dados priorizou a Roda de conversa com 08 acadêmicos do Curso de Medicina do ano de 2017, que voluntariamente após acesso, conforme referido anteriormente, se disponibilizaram à participar do evento. Foi pactuado o horário e local para a entrevista da coleta de dados. No local e data aprazados foram recebidos pela pesquisadora e orientadora. Encaminhados ao local para a roda de conversa. Acolhidos e acomodados no local, dispostos num círculo (roda) receberam informações sobre a pesquisa, o objetivo e a metodologia. Orientados sobre as formalidades éticas e consentimento (TCLE). Notificados sobre o modo de armazenamento do conteúdo: gravação (áudio e vídeo), posteriormente transcrição e

socialização para confirmação dos depoimentos, através de cópia da transcrição. Solicitado anuência do grupo em relação à documentação, à qual todos concordaram.

A orientadora da pesquisa foi apresentada ao grupo, e estes também apresentaram-se, com breve histórico. Pactuado com o grupo as orientações: quanto ao tempo, coordenação, temática, avaliação e encerramento.

Previsão de tempo entre uma (1) hora e uma hora e quinze minutos (1h 15 minutos). Sob a coordenação e condução da orientadora; a pesquisadora na primeira hora ficou como observadora, foi previsto no encerramento sua manifestação, com intenção de minimizar a interferência; temática a anamnese utilizada no ambulatório de hebiatria, orientada sobre pensamento sistêmico.

A coordenadora da Roda de Conversa conduziu os depoimentos conforme o roteiro previamente organizado. Que viabilizou declarações, fornecendo dados para esclarecer os objetivos pesquisados.

O instrumento utilizado como roteiro referiu sobre a perspectiva do pensamento sistêmico no atendimento, referência sobre a escuta, habilidades proporcionadas, dificuldades, implicações, sugestões para melhoria do processo e o que pode ser desnecessário. Finalizando, solicitado referenciar sobre o processo da formação médica (em Anexo).

Nos processos de encerramento da Roda de Conversa, após uma hora conforme o combinado previamente, a palavra foi dada à orientadora da pesquisa para os devidos agradecimentos, observações referentes ao método e coleta de dados também discutidas nas análises.

Numa reflexão crítica sobre o processo de investigação especificamente sobre o instrumento utilizado, para o levantamento de dados para a pesquisa, porque ainda hoje as duas abordagens — quantitativa e qualitativa — possuem contornos diferentes e, por vezes, se apresentam como excludentes. Entretanto, a abordagem qualitativa, por muito tempo desprezada pelas ditas ciências duras e da saúde, hoje já tem lugar assegurado como um modo promissor de se fazer pesquisa na área da saúde.

A coleta de dados por meio da Roda de Conversa permitiu a interação entre os pesquisadores e participantes. Vale destacar ainda, que não se tratou de um processo diretivo, mas de uma discussão baseada em questões específicas/norteadoras, que incentivaram os integrantes da roda a dar seus depoimentos sobre o tema (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). Assim, essas informações de caráter qualitativo, provocaram a ampliação do debate proposto.

A técnica da Roda de Conversa tem características da técnica do "grupo focal" que segundo Gaskel (2002, p. 79), pode ser vista como:

[...] uma 'esfera pública ideal', já que se trata de 'um debate aberto e acessível a todos [cujos] assuntos em questão são de interesse comum; as diferenças de status entre os participantes não são levadas em consideração; e o debate se fundamenta em uma discussão racional'.

E diz respeito à criação de um espaço de diálogo e escuta com também destaca Gatti (2005),

[...] permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado. A pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão, permite ideias partilhadas por pessoas no dia-adia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros.

## 2.5 ASPECTOS ÉTICOS

No desenvolvimento deste trabalho foi levado em consideração os aspectos éticos, procurando seguir cuidadosamente o planejamento das atividades em questão.

Com o intuito de manter o compromisso com os aspectos éticos e morais envolvidos neste estudo com seres humanos, vale ressaltar que comentar sobre ética significa falar de liberdade e responsabilidade.

E, para a realização desta pesquisa o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC sob número 2.514.264. Foi fornecido aos sujeitos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), elaborado pela autora a partir do modelo fornecido pela UNIPLAC.

Da mesma forma, o sujeito da pesquisa teve o livre arbítrio de não participar da pesquisa ou desistir a qualquer momento. E, para garantir o sigilo dos sujeitos envolvidos será utilizado letras escolhidos pelos participantes da pesquisa.

# 2.6 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi regida pelos procedimentos éticos estabelecidos na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Os riscos para esta pesquisa foram ínfimos: implicações num período de tempo para que o entrevistado pudesse participar da roda de conversa, ou que a proposta não fosse compatível com os interesses do entrevistado. Os benefícios que a pesquisa pode proporcionar são importantes para futuras mudanças no processo de formação médica.

Os critérios de inclusão dizem respeito aos acadêmicos do Curso de Medicina do ano de 2017, que passaram pelo cenário do Internato de pediatria, ambulatório de adolescência e, disponibilizaram-se em participar do evento. Porém, foram excluídos da pesquisa aqueles acadêmicos que não estavam nessa condição.

## 2.7 ASSISTÊNCIA DOS RISCOS

Ocorrendo algum desconforto psicológico (estresse emocional, culpa, perda de autoestima) ao longo da roda de conversa. Caso alguma dessas situações ocorresse, o participante seria encaminhado ao setor de psicologia da UNIPLAC.

## 2.8 ANÁLISE DE DADOS

A análise e resultados constituíram o núcleo central da pesquisa. Os dados coletados durante a roda de conversa com oito estudantes, conforme a seleção, foram examinados com o suporte da análise textual qualitativa na perspectiva de Moraes (2007), no aprofundamento de dados discursivos para reconstrução da compreensão das falas.

Iniciado pela transcrição da gravação, que resultaram em trinta e uma páginas. Cada sujeito participante foi codificado com uma letra (conforme pacto com os sujeitos da pesquisa).

Esta pesquisa teve como análise de dados os passos da operacionalização proposta por Minayo (2004) e se divide em *ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final*.

O primeiro passo foi a *ordenação dos dados*, a qual implicou na releitura do material, organização dos relatos e dados observados pelos participantes.

O segundo passo consistiu na classificação dos dados, com a segmentação do material, nova releitura rigorosa do texto transcrito. O próximo passo foi a interpretação dessas unidades, para agrupá-las de acordo com os significados semelhantes, tornando-as categorias.

De acordo com Moraes (2007, p.88) "cada categoria é um conjunto de unidades de análise que se organiza a partir de um aspecto de semelhança que as aproxima [...]são subconjuntos de um todo maior, caracterizando-se cada um deles por determinadas propriedades específicas" e que auxiliaram na "descrição, interpretação e compreensão do objeto da pesquisa.

Foram codificadas por meio de cores, sendo fragmentado em unidades de significado (unitarização). Organizados cinco (05) unidades: o processo de anamnese utilizada no atendimento médico de adolescentes; paradigmas, complexidade e interdependência; conversações sobre o atendimento do adolescente; conversações sobre habilidades a serem desenvolvidas para uma anamnese sistêmica; conversações sobre as dificuldades encontradas ao longo do processo de anamnese sistêmica; com base em uma fundamentação teórica e para responder os objetivos pesquisados. E, após a unitarização, os depoimentos revelaram as falas sobre avaliação da Roda de Conversa, constituindo a sexta unidade.

Nesta leitura identificamos o que surge de relevante no texto, e com base nessa relevância, foram elaboradas as categorias específicas. Neste sentido, foram determinadas as informações presentes na comunicação com base no conteúdo de cada categoria, elaborado textos descritivos e interpretativos, denominando-os de metatextos. Desse modo, os metatextos passaram a representar uma nova leitura do texto original, de acordo com as interpretações das pesquisadoras.

O terceiro passo referiu-se à análise final, em que se procurou a junção de dados e referenciais teóricos da pesquisa, e com base nos seus objetivos responder o questionamento da pesquisa.

Da mesma forma, depois de colhidos os dados, o pesquisador voltou-se para os fundamentos da teoria refletindo os conceitos inicias, para discutir as ideias manifestadas. Para isso, aproximou o objeto referindo que o pensamento antigo que é recusado, mas não eliminado, encontra em outros limites e se ilumina na elaboração presente. O novo possui o antigo, incluindo em uma mesma perspectiva (MINAYO, 2004).

Após, as análises das unidades foram identificados os resultados. São descritos no formato de quadro, em conformidade às unidades descritas.

Contudo, as relações intradisciplinares, interdisciplinares e entre conhecimento acadêmico e não acadêmico constituem subcategorias que definem as relações entre discursos. A relação entre o espaço do professor e o espaço dos alunos (acadêmicos), e a relação entre os espaços dos diferentes alunos, são subcategorias definidas para a categoria "relações entre os espaços". Os instrumentos construídos para a análise da modalidade de prática pedagógica referem-se também, a estas categorias. Para que a análise levasse em conta as especificidades dos contextos em estudo, indicadores foram incluídos a partir de situações reais observadas. Também os descritivos usados para especificar os sujeitos, e avaliar o instrumento foram elaborados com base em situações cotidianas no âmbito de interações em estudo (ARRUDA, 2012).

## CAPÍTULO III RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Após a descrição dos processos ocorridos ao longo do estudo (referidos na metodologia), nas releituras das unidades, nas discussões e contextualizações, observamos a necessidade de construção da síntese, aqui apontados como Resultados. Pois, os dados, avaliações e análise foram extensos e complexos. Para compreensão e organização dos relatos, optou-se por apresentar as unidades nos quadros, que organizam e destacam o alcance de objetivos e foco da pesquisa.

### 3.1 RESULTADOS

**Quadro 2.** Resultados – Primeira Unidade: O processo de anamnese utilizada no atendimento médico de adolescentes.

#### RESULTADOS

A metodologia sistêmica não fazia parte do vocabulário e domínio significativo do grupo. Porém, é visualizado que a metodologia do Curso de Medicina da UNIPLAC (PBL), é perspectiva e proposta de ensino nesta linha de pensamento.

Devido ao método do curso, o grupo se auto avaliou, como apresentando habilidades para o atendimento sistêmico dos adolescentes, e observa que as práticas conhecidas eram insuficientes para abordagem.

Na pesquisa foi observado que a prática da abordagem ampliada/sistêmica é pouco utilizada, predominando a atividade com redução no foco organicista.

Necessidade de abordar o adolescente como um ser em desenvolvimento em todos os aspectos relacionados à vida humana, vinculando os sintomas/ doenças que se apresentam no atendimento.

Entendimento sobre a valorização das habilidades da escuta. E o significado desta no atendimento médico. O impacto que a escuta afetiva e comprometida repercute na consulta do adolescente.

Formas inovadoras no questionamento de assuntos frequentemente não abordados na anamnese tradicional, que se mostraram facilitadores no vínculo e compreensão do contexto, da pessoa e do processo.

Percepção e interesse na construção do vínculo, porque foi avaliado que o atendimento em hebiatria só é efetivado quando este é estabelecido.

Utilizar o instrumento adaptando à necessidade e ao tempo do paciente, "timing" do atendimento, do paciente, da situação. E portanto, nem todos os atendimentos serão cumpridos seguindo toda a anamnese sistêmica proposta.

Referido como pertinente todas as propostas de avaliação do instrumento, adaptadas ao atendimento.

Fonte: Autora, 2017.

**Quadro 3.** Resultados – Segunda Unidade: Paradigma /complexidade/ interdependência.

#### RESULTADOS

As consultas vivenciadas pelos acadêmicos trouxeram impacto, pelas situações inusitadas e complexas que foram abordadas.

Referido que nos atendimentos presenciados, foi observado interações surpreendentes, não visualizadas, não ouvidas ou percebidas, repercutindo com efeito sobre sua formação.

Reflexão sobre a necessidade de refletir, reciclar e ampliar conhecimentos e interações sobre o atendimento de jovens e adolescentes.

Observação da evolução cultural e tecnológica do mundo contemporâneo, e seu impacto na vida do adolescente, incluindo novas vivências e vulnerabilidades, em novo paradigma.

Desenvolver novas formas de interpretar o paciente: nas várias linguagens e apresentações, que o adolescente se mostra ou se oculta.

A necessidade da abordagem do todo, com a observação das partes que compõem e participam neste contexto e tempo (aqui na referência de família na sua contemporaneidade).

A anamnese sistêmica facilitou a criação do vínculo entre assuntos e forma como são abordados, servindo de referência para a entrevista.

Visualização do paciente na sua inteireza, sua transição e evolução. Na compreensão, que o empoderamento e responsabilidade o torna coparticipante no atendimento, numa evolução do paradigma.

Fonte: Autora, 2017.

**Quadro 4.** Resultados – Terceira Unidade: Atendimento do adolescente.

#### RESULTADOS

Refere o desconhecimento das peculiaridades no atendimento do adolescente, mesmo já ocorrido contato com essa faixa etária durante o curso.

Quando estabelecido o vínculo, observa a complexidade e a impossibilidade de segmentação das queixas, dos sintomas, dos sinais e de sua história.

Referida a singularidade do estágio: pela prática e documentação (o instrumento reserva o espaço para o registro) inusitada de acolher e valorizar os diferentes personagens que participam do atendimento (pais, irmãos, madrasta, padrasto, avós, cuidadores, parceiros, etc.).

Momentos de consulta em dois, três ou mais tempos, conforme a demanda e necessidade do atendimento. Proporcionando acolhimento, nesses tempos, dos atores que se apresentam, dando significado à sua participação.

Viabilidade para desenvolver habilidades na abordagem sobre sexualidade, desprovido de preconceitos. Tanto sobre vivências, gênero, quanto dificuldades e vulnerabilidades.

Notificado a evolução positiva na habilitação para contextualizar o assunto com os pacientes, proporcionando segurança aos acadêmicos para a atuação médica, desmistificando o assunto.

As práticas desenvolvidas no cenário foram multiplicadas e replicadas em outros cenários.

Observação da necessidade de valorizar o atendimento primário, no contexto do adolescente no seu local de vivência.

Desenvolvimento da percepção de riscos e vulnerabilidades, em função do ambiente, e do indivíduo, um ser em desenvolvimento.

A evolução nos atendimentos de modo positivo: percepção sobre a necessidade de avaliar maturidade do paciente; sobre suas mudanças nos atendimentos e suas sequências. Despertando um sentimento positivo no acadêmico, porque sente-se adquirindo competências.

Importância da ferramenta, para ter o domínio de toda a dimensão a ser avaliada com o paciente. Há necessidade de habilitar-se em observar o paciente, ter a noção do todo, buscando dentro do atendimento.

Não utilizar o instrumento da anamnese sistêmica como um questionário de itens a serem respondidos pelo paciente e familiares.

Em alguns atendimentos a consulta não foi realizada com o cumprimento integral da anamnese, porque o tempo é insuficiente, outras porque o paciente não está pronto ou disponível para se expor.

Saber quando a anamnese deve ser interrompida, quando assuntos a avaliar podem ser postergados, para não quebrar o bom andamento da relação médico-paciente, respeitando o tempo e as dificuldades do paciente.

As habilidades e conhecimentos adquiridos com a anamnese e atividades no ambulatório de hebiatria, se mantém em outros cenários, como nos atendimentos em outros locais (UBS).

Observação do grupo que os atendimentos na atividade primária, muitas vezes são limitados à queixa do paciente, perdendo-se a oportunidade de no seu contexto e ambiente, abordar suas necessidades de saúde integralmente.

Todos observam que o paciente necessita de escuta. Essa fala se repetiu inúmeras vezes na RC. Reiterado que é uma das principais habilidades a serem desenvolvida na atividade médica, em especial no atendimento de adolescentes. Descobrir e preparar-se para novas formas de escuta.

Alguns pacientes exigem do médico habilidades diferentes em cada encontro. Porque em cada integralidade, para permitir em consultas, que ele se apresente de forma diferente, que possa ser concebido no seu todo, mesmo que momentaneamente seja visualizado a parte.

Reconhecimento sobre a maturidade do paciente, saber que evoluem para adulticie, e em momentos regridem para infância. Observar quando empoderar o paciente, junto à sua família sobre este novo "status adulto". Saber avaliar o grau de maturidade para não comprometer a segurança do paciente.

Abordagens através de "negociações": ações impositivas, geralmente não se tornam efetivas. Mesmo que eventualmente necessárias. O grupo relata frequentemente intervenções baseadas em trocas, que se mostram resolutas. E agregam responsabilidade e parceria com o adolescente. Nesses "negócios", habilidades pouco utilizadas no atendimento tradicional, aqui se despertam no desenvolvimento da atividade. Aqui tratadas como "pactos".

Desenvolvimento de habilidade em tratar ações dentro da normalidade. Mesmo as não convencionais, pouco usuais ou inusitadas no atendimento até então, pelos acadêmicos. Mostraram-se efetivas para sentimento de segurança, destes e do paciente, dentro de um ambiente confortável, desprovido de questionamentos ou julgamentos, permitindo sua exposição.

Percepção das várias formas de linguagem: verbal, não-verbal, gestual, comportamental, visual, emocional, tecnológica, etc.

Acolher o adolescente e a família; interagir individualmente e nos grupos desenvolvendo confiabilidade e ética. O grupo refere como habilidade inata ao atendimento do adolescente, além da escuta, desenvolver empatia. Olhar seu adolescente interior, rever sua adolescência para entender o adolescente de fora – o paciente.

Observar e não emitir juízos de comparação, consigo ou com outros. Percepção que cada adolescente é único e, cada adolescência também, inseridos nos seus contextos.

Reconhecer as temporalidades e a evolução como humanidade: era moderna, era contemporânea.

Percepção sobre o modo do profissional apresentar-se ao atendimento. Posturas e condutas acolhedoras e profissionais.

Utilização de perguntas, questionamentos ou termos pouco usuais que agregam valor para entendimento da pessoa, do contexto e do tempo, antes não conhecidos / utilizados no atendimento tradicional. E, referido como facilitador de vínculo e empatia.

Necessidade de adaptação ao itinerário ou assuntos do constructo, uma vez que já traz um "modus operandi", isto em alguns momentos é relatado como uma dificuldade a transpor.

Observa-se que em algumas consultas não é possível conduzir o atendimento conforme o constructo: há consultas que seguem seu próprio caminho.

Devido à extensão e complexidade da anamnese, em momentos o tempo era insuficiente. Necessitando administrar as prioridades.

O constructo sofreu inversões em alguns atendimentos: o final necessitou ser o princípio.

O "script" foi abandonado em situações pontuais, porque a prioridade revelou-se a escuta do paciente.

Desprende-se na RC as questões de gênero: situação não pertinente ao constructo, mas ao atendimento. Pacientes que apresentam dificuldade no atendimento pelo acadêmico do mesmo sexo ou sexo oposto. Necessidade de avaliar o que está dificultando o vínculo e/ou confiança. Sempre reportando ás questões éticas do atendimento do adolescente.

Fonte: Autora, 2017.

**Quadro 5.** Resultados – Quarta Unidade: Conversações sobre habilidades à serem desenvolvidas para uma anamnese sistêmica

### RESULTADOS

Todos observam que o paciente necessita de escuta. Esta fala se repetiu inúmeras vezes na RC. Reiterado que é uma das principais habilidades a ser desenvolvida na atividade médica, em especial no atendimento de adolescentes. Descobrir e preparar-se para novas formas de escuta.

Alguns pacientes exigem do médico habilidades diferentes em cada encontro. Porque em cada integralidade, para permitir em consultas que ele se apresente de forma diferente possa ser concebido no seu todo, mesmo que momentaneamente será visualizado a parte.

Reconhecimento sobre a maturidade do paciente, saber que evoluem para adulticie, e em momentos regridem para infância. Observar quando empoderar o paciente junto à sua família sobre este novo "status adulto". Saber avaliar o grau de maturidade para não comprometer a segurança do paciente.

Abordagens através de "negociações": ações impositivas, geralmente não se tornam efetivas. Mesmo que eventualmente necessárias. O grupo relata frequentemente intervenções baseadas em trocas, que se mostram resolutas. E agregam responsabilidade e parceria com o adolescente. Nestes "negócios", habilidades pouco utilizadas no atendimento tradicional, aqui se despertam no desenvolvimento da atividade.

Desenvolvimento de habilidade em tratar ações dentro da normalidade. Mesmo as não convencionais, pouco usuais ou inusitadas no atendimento até então, pelos acadêmicos. Se mostraram efetivas para sentirem-se seguros e o paciente dentro de um ambiente confortável, desprovido de questionamentos ou julgamentos, permitindo sua exposição.

Percepção das várias formas de linguagem: verbal, não-verbal, gestual, comportamental, visual, emocional, tecnológica, etc.

Acolher o adolescente e a família; interagir individualmente e nos grupos desenvolvendo confiabilidade e ética

O grupo refere como habilidade inata ao atendimento do adolescente, além da escuta, desenvolver empatia. Olhar seu adolescente interior, rever sua adolescência para entender o adolescente de fora – o paciente.

Observar, e não emitir juízos de comparação consigo ou outros. Percepção que cada adolescente é único e cada adolescência também, inseridos nos seus contextos.

Reconhecer as temporalidades e a evolução como humanidade: era moderna, era contemporânea.

Percepção sobre o modo do profissional apresentar-se ao atendimento. Posturas e condutas profissionais, acolhedoras e éticas.

Utilização de perguntas, questionamentos ou termos pouco usuais que agregam valor para entendimento da pessoa, do contexto e do tempo, antes não conhecidos no atendimento tradicional. E referido como facilitador de vinculo e empatia

Fonte: Autora, 2017.

**Quadro 6** – Quinta Unidade: Conversações sobre as dificuldades encontradas ao longo do processo de anamnese sistêmica

### RESULTADOS

Necessidade de adaptação ao itinerário ou assuntos do constructo. Porque o acadêmico já traz um "modus operandi", isto em alguns momentos é relatado como uma dificuldade a transpor.

Observa-se que, em algumas consultas, não é possível conduzir o atendimento conforme o constructo: há consultas que seguem seu próprio caminho.

Devido à extensão da anamnese, em outros atendimentos a complexidade, o tempo era insuficiente. Necessitando administrar as prioridades.

O constructo sofreu inversões em alguns atendimentos: o final necessitou ser o princípio.

O "script" foi abandonado em situações pontuais, porque a prioridade revelou-se a escuta do paciente.

Desprende-se na RC as questões de gênero: situação de dificuldades não pertinente ao constructo, mas ao atendimento, devida à inexperiência.

Nesta mesma conexão, é referido que os atendimentos nos diversos cenários, pouco explorado e orientado sobre a sexualidade dos pacientes, o que inicialmente trouxe receios no atendimento.

Pacientes que apresentam dificuldade no atendimento pelo acadêmico do mesmo sexo ou sexo oposto. Necessidade de avaliar o que está dificultando o vínculo e/ou confiança. Sempre reportando às questões éticas do atendimento do adolescente.

Fonte: Autora, 2017.

Na compreensão dos resultados revelou-se a trama, "o tecido junto" da complexidade, considerando que o processo da anamnese fica adequadamente compreendido na sua extensão ética, e na complexidade. Porém, o fio da "educação para inteireza", segue tecendo caminhos para o atendimento integral do adolescente, revelando a construção do pensamento sistêmico na contemporaneidade.

E visualizamos ainda nestes resultados, possibilidades para uma proposta de avaliação quantitativa e qualitativa desse aprendizado, complementado pela profundidade que a Roda de Conversa se desenvolveu. Descobrimos então, que a complementação entre as metodologias proporciona novos estudos e avaliações que sustentam a visão sistêmica.

# 3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS UNIDADES SIGNIFICADO E SENTIDO

Nesse capítulo iniciamos a análise do material colhido na Roda de Conversa. A Metodologia proporcionou depoimentos que exigiram estratégias para sua compreensão, referidas na metodologia. Neste processo a busca de referências para sustentar, contextualizar, comparar e divergir com os relatos apresentados na pesquisa. Este exercício desafiou a discutir sem dividir. Nos utilizamos dos preceitos cartesianos na identificação e reconhecimento das partes, para reorganizar em cada unidade a compreensão dos significados, após, na discussão a recomposição da tessitura da rede. Neste sentido, se pensou em estratégias, para o tratamento destes dados, que foram organizadas ao longo da ação. Os resultados mostram a síntese dos depoimentos, que direcionados para a análise e discussão, permitiram o entendimento das expressões e sentimentos em cada depoimento.

Os dados coletados durante a roda de conversa com oito estudantes do Curso de Medicina, foram examinados com o suporte da análise textual qualitativa, conforme descrição no Capítulo II.

Para constituição do *corpus* da análise após a separação do material, decorrida da leitura rigorosa do texto já transcrito, codificado por meio de cores e fragmentado em unidades de significado (unitarização). Para Moraes (2007, p. 87) "unitarizar" um conjunto de texto é identificar os enunciados, que "podem ser palavras, parágrafos ou mesmo fragmentos de textos

ainda maiores", passo fundamental para que o pesquisador possa compreender os significados emergentes.

O próximo passo foi interpretação dessas unidades, de acordo com os significados semelhantes, tornando-as categorias. Uma vez que, a pesquisa seguiu o caminho da metodologia qualitativa, a qual interpreta o que escuta, visualiza, sente e lê. Sob o entendimento da ontologia, interpretamos. "Vivemos num mundo interpretativo" (ECHEVERRIA, 2015). Nesta perspectiva, para interpretação e análise dos dados e resultados, os conceitos da hermenêutica e dialética sustentaram esta fase da construção. Neste suporte verificou-se ainda, após a leitura, durante a avaliação dos textos transcritos, que depoimentos podem ser relacionados em outras unidades de sentido. Após consenso, foram mantidos ou relocados em outras unidades, porém esta situação não trouxe prejuízo à pesquisa, porque outros depoimentos se organizaram na unidade. Também, depoimento que gerou debate e foi mantido, preservando a proposta de dialética na discussão. E, também, porque o assunto em questão, anamnese de adolescentes, é passível de diferentes avaliações, quanto à perspectiva que se observa. Desde que preservado os princípios éticos.

Com base no conteúdo de cada categoria, elaboramos textos descritivos e interpretativos, denominando-os de metatextos. Desse modo, os metatextos passaram a representar uma reinterpretação do texto original, pois integram diferentes sentidos atribuídos pelos participantes da pesquisa.

As categorias emergentes, unidades de significado, dessa conversação se distinguem, para imediatamente se articularem, dando corpo ao metatexto.

3.2.1 O processo de anamnese utilizada no atendimento médico de adolescentes: 1ª unidade de significado e sentido.

O processo de anamnese utilizado, desenvolvido para o atendimento médico de adolescentes por acadêmicos do Curso de Medicina do ano de 2017, diz respeito a um dos objetivos do estudo e emergiu com bastante clareza dos depoimentos, aqui nomeados de acordo com as unidades de significado construídas na conversação.

A anamnese sistêmica utilizada no ambulatório de hebiatria do HISB, trata-se de roteiro composto por sete (07) campos: 1. Dados sobre identificação do paciente e parentalidade; 2. Os motivos da consulta sob ótica do paciente e do acompanhante, história da doença atual; 3.

Entrevista com a família com antecedentes de saúde e situação parental, familiar, social, econômica e jurídica; 4. Entrevista com o adolescente sobre suas percepções relacionadas a seu ambiente acadêmico, social, familiar, suas rotinas, sexualidade, vulnerabilidades, autopercepção, autoavaliação, projeto de vida; 5. Exame físico completo, estágios de Tanner; 6. Impressão diagnóstica integral e programação, com urgências e prioridades; 7. Consultas de evolução.

A abordagem dos elementos, que compõem a proposta da anamnese sistêmica é efetuada conforme as necessidades do atendimento se organizam: integralmente ou parcialmente, em diferentes momentos, e com os personagens que se fazem necessários e aceitam participar do atendimento do adolescente (Anexo III).

A roda de conversa como um instrumento pedagógico foi importante para estimular o aprendizado e a troca de conhecimento entre os participantes que questionados sobre "anamnese sistêmica" se puseram a conversar.

A participante T, destacou que a denominação anamnese sistêmica não fazia parte do vocabulário do grupo entretanto, essa era a perspectiva praticada, em função da metodologia utilizada pelo Curso de Medicina (PBL).

Destaca -se no depoimento dessa participante, ao relatar sobre a insistência dos atendimentos em segmentar o paciente, dando ênfase ao biológico. A acadêmica observou a redução do foco no organicismo, e a dificuldade encontrada também, pelos alunos numa abordagem ampliada, "sistêmica". Esse relato se mostrou importante, tendo em vista ver a ideia de "inteireza", tão pouco utilizada junto aos pacientes de um modo geral. Segundo Pozatti (2012), trata-se de uma proposta sintonizada com a visão de mundo transdisciplinar e holística. Médico de formação Pozatti observou, desde o início da profissão, a importância de se integrar educação e saúde, para que a humanidade pudesse tomar consciência de sua inteireza e múltiplas dimensões. Para isso, era preciso preparar a transformação emergente da consciência humana.

De forma associada, Lourenço (2015), também entende que o médico no atendimento de adolescentes, necessita além dos componentes físicos relacionados à queixa, doenças e questões orgânicas, também sobrepor suas condições de vida.

Nesta mesma linha de abordagem e pensamento, a participante B, refere no atendimento a insistência no foco do sintoma, com as perspectivas para diagnóstico especificamente na sintomatologia relatada, o que culminou em vários exames mais ou menos invasivos. E, tratamentos sem avaliar a paciente e seu processo de desenvolvimento, com todas as

características pertinentes. Como não avaliada a vida da paciente, sua evolução sexual não se fez percebida. Sem o diagnóstico de gravidez. Dessa forma, confirma a necessidade de ampliar a avaliação na anamnese: evitar o foco somente no sintoma. Esta é a dificuldade que a literatura refere. De acordo com Queiroz (2011), hoje a atenção integral à saúde dos adolescentes, desafia a equipe de atendimento. Mesmo preparada em relação à recursos tecnológicos e equipe profissional, o atendimento do adolescente apresenta-se peculiar, com características e demandas específicas.

Cabe nesta abordagem refletir sobre riscos: porém, iniciamos esta discussão insistindo que, assim como Lourenço (2015), a abordagem de saúde dos adolescentes que enfatizam vulnerabilidade e risco, sob a ótica individual, traz preconceito e discriminação. E divergem das práticas do atendimento do ambulatório, paradigma divulgado no meio dos nossos acadêmicos. Também justifica-se no relato da pesquisa, que a abrangência da anamnese sistêmica visa o paciente em sua inteireza, e não as queixas ou sintomas (POZATTI, 2012).

Por consequência, as dinâmicas das rodas de conversa sempre são pactuadas. Nessa, os participantes e mediadores foram se adaptando às conversações que emergiram, enquanto o grupo organizava sua dinâmica de acordo com seu movimento interno, tendo como foco a anamnese sistêmica, que conforme R, era a praticada por eles.

Nesse sentido, os vários atores que se apresentam no atendimento, podem ter divergentes avalições da situação. E, cada um precisa de seu espaço, que o interlocutor necessita escutar, fazer a conexão para a compreensão. Conforme Lourenço (2015), no atendimento de adolescentes, pré-requisitos como conhecimento técnico e habilidades de escuta e comunicação, são competências para o atendimento hebiátrico. Com segurança o profissional organiza a "dinâmica do encontro". Além disso, no atendimento é oferecido um espaço novo, onde o adolescente pode falar por si.

Nesse encaminhamento, o atendimento é efetuado em etapas, que não são fixas: o adolescente acompanhado, sozinho, o (os) acompanhantes e o grupo todo. E como relata a pesquisa, essa forma de observação e atuação trouxe um novo olhar, e possibilitou ampliação na avaliação da situação de saúde do paciente.

Surge como ponto inovador da consulta perguntas que não são frequentes em anamnese como: o que você acha do seu corpo?, o que você acha da sua família?, você considera sua família boa, ou?

Mas, muitas vezes precisamos prosseguir, utilizar instrumentos (palavras, atos, interpretações, visualizações, etc.) pouco usuais, porém pertinentes. Porque, conforme Ruzany

(2002), na "adolescência, pela rapidez com que os eventos ligados ao desenvolvimento ocorrem, a vinda a um local de atendimento, pode representar uma oportunidade única para o profissional de saúde interferir em um processo que pode vir a ser desastroso para o sujeito".

Como referido na introdução da discussão, há falas que podem estar inseridas em outras unidades, no caso essa que podemos citar na unidade sobre paradigmas e também habilidades. Como o objetivo é também discutir, elencar novas abordagens e ferramentas, fica em discussão essa categorização.

Ademais, o acadêmico R lembrou que o método da Faculdade de Medicina, da UNIPLAC, orienta desde o início nesta abordagem, e enfatiza a escuta. Também avalia que no decorrer do curso se deteriora essa prática. Não obstante, o acadêmico chega ao ambulatório se auto avaliando, com bagagem suficiente para abordar o adolescente, porque o método propicia "desenvoltura", porém, o estudante também percebe, que a forma de abordar o paciente exige habilidades ainda pouco desenvolvidas.

Contudo, R destaca a necessidade de pensar, criar vínculo e olhar para o paciente. Aqui utilizamos o pensamento de Bronfenbrenner, na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano: com a proposta de aspectos relacionados processo, pessoa, contexto e tempo. Com isto o indivíduo e suas disposições, com a dimensão do tempo e as interações entre a pessoa e o contexto. Esta teoria sustenta o empreendimento do atendimento sistêmico.

Podemos qualificar de sistêmico de acordo com o pensamento de Morin (2006), para quem é preciso fugir do pensamento simplificador baseado numa razão binária que faz com que a realidade seja considerada de forma unidimensional. Esse conhecimento disciplinar, alcançado por meio de uma hiperespecialização em uma determinada área de conhecimento nos remete à fragmentação do conhecimento, de saberes, fazendo com que o sistema vivo permaneça "disjunto". A abordagem sistêmica ajuda-nos a religar, e a promover interligações entre sujeito-objeto-ambiente.

O participante R, ainda apresenta sua preocupação sobre a construção de vínculo com o paciente. Observa que o instrumento traz as necessidades de avaliação integral porém, o acadêmico precisa desenvolver habilidade de percepção, adaptar o instrumento para a necessidade de cada paciente e também, conforme o "timing "daquele atendimento e daquele paciente. Esse participante se expressa de maneira importante e crítica para avaliar o instrumento e adaptar à necessidade do paciente em atendimento. O acadêmico aponta como sendo uma "fortaleza e diferencial positivo", a utilização na formação médica do grupo.

O acadêmico F, destacou que o método amplia habilidades de abordagem pessoal, iniciadas nos primeiros períodos da graduação, em contraponto ao método tradicional. Na avaliação do grupo é avaliado positivamente a metodologia.

Nessa medida, refere-se à necessidade de se articular todos os itens elencados no instrumento. Sendo utilizado conforme o momento e situação. Bronfenbrenner, por sua vez, usa sua perspectiva teórica Pessoa, Processo, Contexto e Tempo (PPCT) e associa à anamnese sistêmica, facilitando o entendimento, conforme refere os relatos, que: determinadas "investigações" serão abordadas em outros períodos. Que determinado contexto precisa ser abordado com os diferentes personagens, com foco na pessoa - o paciente- conforme refere o acadêmico, isto é, integrar tudo, tendo em vista a perspectiva teórica aqui abordada por Bronfenbrenner (BENETTI, 2013).

No depoimento de B: 'Tudo que se faz é necessário, ... cada vez é necessário em determinado momento, em determinada situação, ... pra gente conhecer o todo, né? Pode ser... não deu para fazer na primeira, vai duas, três, ... quantas forem necessárias, pra ti conseguir."

# 3.2.2 Paradigmas, complexidade e interdependência: 2ª unidade de significado e sentido.

Nessa unidade de significado, a avaliação dos depoimentos selecionados indica um pensamento articulado ao paradigma sistêmico, à complexidade e ao contexto relacional. Podemos destacar, o momento referido sobre o impacto que as consultas desencadearam nos acadêmicos, conforme depoimento do A: "...é difícil pensar numa consulta que não tenha causado impacto... ... todas elas tinham algo nunca visto antes, que nunca tinha ouvido, geralmente surpreendente...". Essas observações e vivências emergiram porque estavam disponíveis para perceber e escutar, todas as formas de apresentação das situações na adolescência e juventude.

Evidentemente, trata-se de um processo de desenvolvimento envolvendo escolhas, decisões, investimentos, lutos da família e suas dependências em direção ao meio social, aos pares, vivência afetiva, sexual, escolha profissional, necessidade de sobrevivência, projeto de vida, vulnerabilidades. Com isto, definimos, porém não delimitamos o conceito de adolescência. Porque precisamos agregar as condições socioeconômicas, de saúde, culturais, raciais, gênero. Com tantas perspectivas, propostas e demandas cada adolescência e cada adolescente é único.

Tanto na medicina, psicologia, educação e outras áreas do conhecimento, no espaço e tempo presente, postulam que as diferentes realidades e experiências, são observações fundamentais para compreender o adolescente e sua singularidade. Ratificando que o contexto social, familiar, cultural e temporal de inserção são fundamentais neste momento do processo da vida. A adolescência é um conceito pertinente a um processo, e o adolescente é o sujeito que tem as vivências neste processo (LIBERAL et al, 2012).

No seguimento desta perspectiva, a episteme que a teoria bioecológica de Bronfenbrenner sustenta, refere que o desenvolvimento humano é resultado de uma construção social e histórica, não é um processo universal, porém cultural e específico. E, a realidade é concebida na dependência, parcialmente, da cultura, da história, dos sistemas ecológicos relacionados em cada contexto, que se apresentam como múltiplas realidades. Na observação de que, o contexto abriga mais de uma realidade vivenciada. Portanto, a construção do indivíduo se desenvolve a partir das relações recíprocas com o meio, que se reveste de diferentes significados, conforme a cultura e seus ingredientes sociais e econômicos (BENETTI, 2013).

Nesta primeira avaliação da unidade observamos a complexidade que os acadêmicos relatam, e como as referências justificam a abordagem efetuada. Principalmente o respaldo, que a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner traz para sustentar a forma de abordagem no atendimento e na ferramenta utilizada.

Em outro depoimento observa-se a necessidade de ampliar o atendimento, e principalmente conforme diz o participante J "...ir mais além da queixa..." Nesse sentido, os profissionais têm como desafio transformar o processo de acolhimento desses adolescentes a partir de práticas, condutas e ações, que agreguem qualidade à interação e ao diálogo, nas propostas de atendimento do adolescente, sua família e seu meio social. Essas propostas exigem reflexão e reciclagem de conhecimentos, de interações. Atualização tanto em reciclagem de domínio teórico, quanto sobre costumes, novos interesses, lazer e novas situações, que se apresentam no espaço e tempo, para a organização de co-responsabilização nos processos de produção de saúde.

Tratamos aqui, de uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção ao Adolescente, que perpassa pelo acolhimento: ato de aceitar, dar crédito. E isto significa ir além da queixa! (LIBERAL et al, 2012).

Nos diálogos realizados com os estudantes, a perspectiva do pensamento complexo de Morin foram aparecendo; "o que é tecido junto" (MORIN, 2001), conjugando uma razão aberta, articulada por aqueles que se dispuseram a repensar a sua própria prática. Um olhar aberto à

multidimensionalidade do ser humano adolescente, pois quanto mais estreita e linear for a realidade, menor e mais pobre será o atendimento aos adolescentes.

De acordo com J "...tem que ver a questão da tecnologia (...) pegar assim, o que o paciente diz, aprender a desconfiar". Observa-se aqui que a vivência no atendimento, e as referências do instrumento propõe que o acadêmico amplie e reavalie seus paradigmas. Somente o mundo real e físico, não é mais suficiente. Morin (2002) dá destaque à necessária reforma do pensamento para o enfrentamento do imprevisto e das incertezas da vida.

Conforme o dicionário "desconfiar": imaginar, presumir, supor, duvidar, hesitar, suspeitar, conjecturar, invocar, cismar, temer, escabrear e estranhar. Com percepção o acadêmico amplia, acrescenta o que a anamneses tradicional orienta no atendimento médico. Esse relato permite extrapolar o encontro da consulta, para abertura de novos paradigmas de busca e entendimento. No termo ele coloca que não conseguimos mais nas formas usuais acolher, compreender, diagnosticar, tratar e encaminhar.

"... enfim, acho isso bem interessante, acho que você consegue abordar, não só o que o paciente traz, mas consegue ver o todo, a família toda."

Neste contexto, abordamos a importância da família. Vamos ao princípio: na espécie humana ocorre o nascimento, de um grupo de seres mais desamparados físico e emocionalmente (em relação as espécies de mamíferos). Para sobrevivência, necessita de amparo familiar. Nascemos imaturos e dependentes, e conforme Outeiral (2008), a independência é algo que nunca atingimos. Podemos pensar que esta eterna dependência, seja tributo da espécie humana pelo desenvolvimento cortical que evoluiu, o que nos diferencia das outras espécies. Nenhuma espécie de mamífero apresenta tão grande necessidade de cuidados maternos e paternos. Por isso a dificuldade em romper este vínculo, no desenvolver do adolescente. E, por isso a importância durante o atendimento da família, em todos seus contextos e formações contemporâneas (OUTEIRAL, 2008, p. 14-15).

Segundo Winnicott (1971, p. 58);

(...) deve-se dar tempo ao tempo e naturalmente adotar uma atitude não moralista, quando a mãe diz o que tem em mente ela pode entender que os sintomas atuais se encaixam no padrão de vida familiar e assim passar a manejar melhor a situação, pois ela teve permissão de compreender a história inteira, por ela mesma e em seu ritmo.

Portanto, sustenta-se a necessidade de abordar todos os sistemas conforme Bronfenbrenner: microssistema, mesossistema, ecossistema, macrossistema inseridos no cronossistema.

Na discussão de paradigmas e complexidade observamos que algumas afirmações dos estudantes ganhavam destaque, como a de F: "E essas perguntas acabam criando um vínculo maior, que a gente esquece de perguntar e ..." Aqui refere-se a perguntas não usuais em anamnese, que no ambulatório e no instrumento são parte da rotina e da sistematização. "...o nome da sua melhor amiga?, que idade?...eu acho que o paciente sente isso – ah acho que ela tá interessada em mim - esse médico gostou de mim, tá se preocupando – tá sabendo mais da minha vida".

Neste exemplo observamos que a abordagem do adolescente, deve-se considerar a individualidade, e muitas vezes recorre-se a estratégias peculiares e pertinentes à situação e ao paciente. Por isso, propiciar ambiente para o jovem expor suas dúvidas, partilhar as preocupações facilita o diálogo e compreensão de suas dificuldades.

Conforme Grossman (2012a):

"O modelo clássico de anamnese clínica se mostra inadequado ao atendimento de adolescentes, pois não prioriza determinados aspectos da vida social, do trabalho, da sexualidade, da situação psicoemocional, que representam experiências novas e marcantes para o adolescente, sendo cruciais para que se tornem adultos saudáveis, responsáveis e socialmente integrados".

Nesta unidade de discussão observa-se situações de perplexidade, inovação, surpresa, desafio, transcender, ampliar, que valida o perfil do instrumento da anamnese sistêmica no atendimento dos adolescentes.

Precisamos também, confirmar o que ficou relatado na RC sobre a metodologia do curso: "Na primeira semana de aula entrando na casa das pessoas, conversando, perguntando tudo ..." As discussões que surgiram nos depoimentos, se referem à orientação sistêmica no atendimento dos pacientes e no aprendizado. Surge a dúvida se este processo educativo é preservado e estimulado. Para no decorrer do curso evoluir, e ir ao encontro da contemporaneidade do atendimento médico, em especial do adolescente, pois esse é nosso objeto, de estudo e interesse. Tem-se a compreensão que essa é a temática do Curso de Medicina.

O depoimento de F, sintetiza esta unidade de pensamento avaliada: "Vai muito da forma de avaliar o paciente, né?... ...Entender essa transição, não ficar só questionando... ...empoderamento dele, né? Do paciente tu vê ele como um todo, né? Acho que é a mudança de visão." Como a teoria bioecológica sustenta que considera entender as relações entre os indivíduos e o seu contexto. Refere que não existe somente uma causa ou singularidade para

explicar o desenvolvimento individual. Não são apenas os recursos internos (biológicos e psicológicos), nem as variáveis externas (ambientais), tampouco as interpessoais (processos proximais) que nos explicam como ocorrem os processos de desenvolvimento (MERTENS, 2007).

Na síntese desta unidade novos vocábulos surgiram com ideologias pertinentes ao pensamento contemporâneo: flexibilidade, transição, empoderamento, mudança, foram com intensidade referidas pelos acadêmicos.

# 3.2.3 Conversações sobre atendimento do adolescente: 3ª unidade de significado e sentido.

Aqui, o sentido faz destaque para o cuidado ao adolescente que busca auxílio por padecimento, implica na percepção do processo dinâmico contínuo do adolescer. Se justapõe sua história no contexto de outras histórias (GROSSMAN, 2012).

Na abertura desta unidade, com uma observação consoante à questão de pesquisa que previamente propusemos, quando A relata: "...a gente não conhecia o atendimento do adolescente..." "...vou dar a importância, o valor que ele tem..."

Quando as pesquisadoras buscam a compreensão de determinado fenômeno, numa perspectiva de complexidade, seguem atentas à condição humana, que é a um só tempo biológica, psíquica, social, afetiva e racional, considerada por Morin (2000) como um *homo complexus*. No encontro com os participantes, observamos que eles avaliaram sua trajetória durante o curso, retomando a experiência acadêmica vivenciada com os pacientes jovens e adolescentes, numa perspectiva de ampliação do olhar. Porém, sem o significado e implicações do atendimento hebiátrico, sem a percepção do processo dinâmico acima referido, mas avaliando positivamente a prática no ambulatório do internato, conforme testemunho a seguir.

Testemunho de A, sobre o atendimento do adolescente: "... quando você chega a conhecer ele, ele é um paciente muito complexo, muito rico, então a anamnese direcionada aqui não cabe, porque ele assim, nunca é só o biológico ou só o social, ou só..."

Durante o caminho acadêmico aprenderam a importância da coleta da "história", da anamnese com base em padronizações, sistemática, mas perceberam também que somente a coleta de dados é insuficiente para o atendimento do adolescente. A escuta e o olhar não se limita a avaliação de sinais e sintomas. A escuta comprometida traz a complexidade da vivência,

desvendando significados inatingíveis, quando não se restringe à metodologias rígidas e formais (GROSSMAN, 2012a).

No contexto de quebra de padrões fixos para o atendimento, formalidades foram refletidas pelos estudantes no encontro. Por isso depoimentos, observações e falas dos diferentes personagens se apresentaram no atendimento ao adolescente. Mostrando a importância dessas avaliações serem efetuadas em conjunto, e não isoladamente como prática implícita e rotineira: T: "...o único estágio que envolveu isso...existe aquele momento de ficar só com o pai, só com a mãe, em alguns casos é o namorado, com o marido..."

Ressaltaram que uma atividade ideal, deve tornar possível a intervenção na entrevista em no mínimo dois momentos: o adolescente sozinho, e adolescente com os familiares. Quando evoluímos nosso olhar, e não vemos somente a criança que cresceu, dando um espaço (ambiente) e tempo para que ele exponha sua percepção sobre si, sobre a situação e o contexto. Estamos transferindo e empoderando para ser coparticipante das determinações de saúde de sua vida. E, realizar as entrevistas com os demais componentes do cenário da vida do adolescente, para compor sua história e sua dinâmica.

Vale ressaltar, que no modelo bioecológico original: são essenciais à formação dos processos proximais como formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que transitam ao longo do tempo e fazem parte dos primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998).

Então, esses processos necessitam de constância e regularidade de tempo e participação de ambos os protagonistas. E, cumpre à família propiciar as condições básicas de sobrevivência, proteção, socialização, desenvolvimento social, cognitivo e afetivo. Pois, essas referências justificam a dinâmica do atendimento na qual todos participam do atendimento, com o protagonismo reservado para o adolescente. "...mas saber que a consulta do adolescente, o adolescente e o acompanhante, teve pessoas que tiveram amigo, namorado, mãe, vó, teve momentos de vários irmãos na mesma consulta e você tem que saber administrar todo mundo naquele momento ..." Neste relato o depoente F, se desprende de limitações e regras para a compreensão da abrangência da consulta. É aberta aos personagens que se fazem necessários, e se desenrola conforme apresentam-se as demandas e necessidades. Todos os "atores" que surgem nos atendimentos são aceitos, visando que o protagonismo e a saúde do adolescente em atendimento seja o objetivo.

Na complexidade dessa discussão sobre o atendimento observamos que o grupo percebia essa importância, conforme o depoimento de R: "como a história muda, também a

história é uma todos juntos, e quando separados, cada um dos dois te conta uma história, ficam três histórias na verdade".

Nesse sentido, não é demais afirmar que a anamnese é pedra fundamental para a compreensão da complexidade dos processos de adoecimento. Através dela é possível o entendimento de uma história no contexto de outras histórias. Ela transforma-se no registro da interpretação do médico, numa lente, objetiva e fundamentada cientificamente, com a história contada na linguagem falada e gestual do paciente, subjetiva e privada (GROSSMAN, 2012a).

Também é necessário citar situações inéditas para a abordagem dos acadêmicos, referem na RC, no depoimento de B: "... nunca tinha trabalhado e nem tinha como abordar é a questão da homossexualidade, porque assim, adolescência e homossexuais ... ... então, isso foi muito legal para aprender a abordar... ...na verdade não tem nada de diferente, assim, é você se soltar..."

Portanto, a oportunidade de atender o adolescente em suas múltiplas necessidades não deverá ser perdida, como cuidado ampliado. Uma vez que, estão num processo dinâmico e complexo de maturação, que precisam observação clínica, técnica do seu desenvolvimento, da avaliação e intermediação das relações afetivas e familiares. Os ajustes normais do indivíduo aos padrões de expectativa da sociedade, em relação às populações adultas, marcam o fim da adolescência através da conquista da dependência emocional e econômica, profissão e aquisição da identidade sexual.

Com base nas referências de Saito (2013) na qual, a sexualidade é considerada como uma questão em aberto. Também, refere que para ampliar a percepção sobre o tema e a visão da sexualidade no tempo, para desmistificar da proposta individual e vincular ao entorno que compõe a sexualidade no ser humano. Vínculos às relações de poder de ordem político-econômica, cultural, social, religiosa, moral e ética, subordinando conceito e comportamento sexual do indivíduo à valores e instituições que transformam-se dinamicamente no passar do tempo (SAITO, 2013).

Nessas referências, amarramos a fundamentação do pensamento sistêmico com Bronfenbrenner na Teoria Bioecológica em relação ao Micro, Meso, Exo, Macro e Cronossistema. E a importância de compreender a evolução temporal do desenvolvimento humano.

Nesta abordagem novamente surge na RC na declaração de A:

"...A Gente no começo do ambulatório: ah, como é que eu vou perguntar? Abordar a sexualidade do adolescente, hoje assim, saindo do ambulatório, a gente fala com a maior naturalidade..."

A proposta de relacionamento neste ambiente de trabalho é pautada em se desprender de preconceitos. Ao abordar a sexualidade, pertinente no atendimento do adolescente, a preocupação é diferenciar de sexo ou de relação sexual, genitalidade ou gênero. Mas, sim, entender como parte inerente do processo de desenvolvimento da personalidade e uma das tarefas da adolescência. Para tanto, no constructo da anamnese sistêmica é uma das fases de abordagem no atendimento.

No entanto, precisamos ver o adolescente sob esta ótica, de um ser em processo, em alguns momentos imaturo, outros de franco empoderamento, mas ainda amadores na arte de amar. O tempo lhes trará intimidade e segurança nas escolhas, que a posterior podem se tornar definitivas, envolvendo construção, constância, lealdade, profundidade, parceria (SAITO, 2013).

"Finalmente, o foco prioritário do atendimento de jovens homoafetivos é o mesmo dos adolescentes heterossexuais: o médico deve ter como objetivo a promoção do completo potencial do desenvolvimento psicossexual, em um contexto de bem-estar social e emocional, adaptado e saudável" (LOURENÇO; OLIVEIRA, 2016).

Nos depoimentos podemos avaliar sobre o atendimento ao paciente: a observação, o entendimento da necessidade de avaliar o contexto, conhecer a realidade física vivencial externa, além da doença. Ver o doente para poder realizar uma intervenção, visando o diagnóstico, intervenção e propostas de tratamento de suas moléstias; a possibilidade de agregar como ampliação da clínica, transportando para outros cenários de trabalho médico. Aqui no depoimento de G, traz à tona estas perspectivas: "e, ele tinha diabete, ... foi para UTI...várias internações.... A gente ficava, poxa esse menino não faz a medicação direito e o pai dava uma versão, sabe? .... vamos tentar entender o porquê?..... E foi muito legal abordar isso, todo o contexto, que as vezes a gente aprendeu, mas não tá habituado a usar no dia a dia..."

É domínio que o método do curso privilegia o conhecimento ampliado, porém nos depoimentos visualiza-se que vai se deteriorando durante o decorrer dos anos. Ao chegar no estágio do ambulatório de adolescência, com a metodologia sistêmica, verifica-se um resgate dessas práticas. Então, precisamos rever como manter e ampliar no desenvolvimento do curso, o pensamento e prática sistêmica.

A dinâmica da Roda de Conversa propiciou declarações nesta concepção, aqui A, traz sua experiência: "...passar na Unidade de Saúde depois daqui e, realmente nossa abordagem lá, mudou muito, de como era a nossa abordagem o ano passado, isso eu achei bem legal..."

Pode-se observar que ao orientar práticas mais ampliadas sobre avaliação e propostas de saúde, a maioria dos acadêmicos tem interesse e necessidade de discussão e aprendizado. E avaliam como sendo de fundamental importância, para evolução positiva da abordagem do paciente.

Nas declarações da RC, os estágios de atendimento, nos seus níveis primário, secundário e terciário são relatos que trazem suporte às propostas do Ministério da Saúde, ao pensamento sistêmico, e ao atendimento em rede, no depoimento de G: "... porque não adiantava, aqui no hospital é fácil controlar um diabetes, é fácil controlar uma doença."

A observação que o serviço terciário não dá conta da produção de saúde, especialmente do adolescente. Em função de todas as suas características de desenvolvimento em processo, complexidade e interações com o ambiente.

Aqui se insere a Teoria Bioecológica: é necessário organizar o contexto, nos seus quatro subsistemas, para o controle da doença e superação, buscando saúde. O equilíbrio da patologia, minimizando as sequelas de sua evolução, reorganização da família com suas atribuições, reinserção social e escolar, projeto de vida, redução de vulnerabilidade. Aqui se observa a necessidade do atendimento transdisciplinar em seus vários níveis.

Sobretudo, as práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional em Atenção ao Adolescente, preconiza a integralidade, a utilização da Rede de Atenção e a transdisciplinaridade.

Através da utilização da ferramenta em aspectos pouco explorados e importantes para os jovens, no depoimento de F:

"Do melhor amigo também, ... Mas ele estuda com você? Ele é mais velho? Isso altera tudo... "...a menina que tinha amigos mais velhos, fumavam, bebiam....- ah já me ofereceram ....-,Então assim, mas ela sabe a importância de usar ou não?..."

Com as percepções que as declarações trazem, cabe a discussão sobre fragilidades da adolescência. Não partimos do preposto que adolescente é um ser vulnerável. O conceito de risco não se mostrou suficiente para orientar as práticas preventivas. Na conexão de causa e efeito minimiza os acontecimentos de alguns componentes. A fragilidade, a capacidade de enfrentar desafios, a resiliência é composta por um conjunto de fatores individuais, próprios, do meio social e institucional que definem a vulnerabilidade de um indivíduo num determinado

momento. Esses três componentes articulados entre si, amplia a questão da saúde, seja quanto à problemas ou soluções.

Contudo, as pessoas não são em si vulneráveis: podem estar vulneráveis à determinadas situações/agravos em determinada condição, ou momento da vida.

Assim, no decorrer dos depoimentos manifesta-se a sensibilidade dos acadêmicos, e permeabilidade para novas práticas e saberes, na declaração de A: "eu tô levando pra minha vida, que é que o adolescente deixa de ser criança, mas não tem a responsabilidade pra ele, então, você começa a dar isso a ele, e ele começa a se sentir mais importante, mais imponente.... é legal você ver a evolução..." "...assim, na primeira consulta é uma pessoa na segunda outra, na terceira já falava tudo..."

Depreende-se que a prática da medicina do adolescente se alicerça em alguns prérequisitos, como escuta, que referimos como escuta afetiva, habilidades de comunicação e conhecimento técnico. O embasamento na vasta literatura sobre a saúde do adolescente, agrega competência ao profissional, em consequência mais seguro e à vontade para o atendimento do paciente. A comunicação deve ser clara e objetiva adequada à maturidade, com uma postura desprendida do modelo pediátrico no atendimento de crianças. A relação pediátrica: médico – pais de criança evolui para médico – adolescente – pais do adolescente – outros personagens. Sempre regidos pelos princípios éticos do atendimento adolescente (privacidade, confidencialidade, respeito à autonomia, percepção da maturidade e capacidade de julgamento do adolescente) (LOURENÇO; QUEIROZ; SILVA, 2015).

Na declaração acima fica descrito o vínculo que se estabelece no atendimento. A forte relação de confiança mútua traz o empoderamento do adolescente e a gratificação do profissional, no caso aqui o acadêmico.

Nos depoimentos da RC, G abre a discussão, sobre a forma de utilizar o instrumento da anamnese: "... eu vi colegas que a partir do momento que abordou o assunto, depois o negócio demorou muito para fluir..." "... eu acho que a gente tem que lembrar os tópicos, mas ah, eu não tenho que fazer a melhor anamnese, começa a querer massacrar a pessoa..."

No depoimento constatou-se a sensibilidade que desenvolveu. Observação pertinente, já que, na literatura sobre consulta do adolescente, refere sobre qualidade, profundidade e quantidade da abordagem:

"Um grande desafio é a incorporação dessa gama de temas nas consultas sem transformá-las em inquéritos ou questionários de pesquisa. Acima de tudo é fundamental a criação de uma aura de confiança e respeito na consulta, permeada por atenção e afeto. O bom

senso determinará a melhor forma de relacionar as inúmeras questões aqui enunciadas, tendose consciência de que não há obrigatoriedade de esgotar todos os tópicos em uma única ocasião" (GROSSMAN, 2012).

Outrossim, o grupo sinalizou que além de cumprir as determinações técnicas, teóricas, administrativas, é relevante adaptar para as necessidades do atendimento ao paciente. O constructo sendo um orientador na anamnese. Utilizado como ferramenta que auxilia nos caminhos que vão se desdobrando no encontro com o adolescente.

Neste panorama, com o objetivo de protagonismo do adolescente, faz-se emergente romper a postura de superioridade e perceber o paciente como interlocutor. E perceber que se estabelece um retorno: nós analisamos o paciente, e ele com suas ferramentas culturais, também nos avalia. A busca do consenso com o conhecimento técnico através de explicações pertinentes à maturidade, cognição e personagens, com reconhecimentos e negociações.

E quem dirige a entrevista precisa estar ciente, de que às vezes ele não se deixa ler no primeiro encontro. Segredos nem sempre são revelados, quando inquiridos, por isso são segredos. Importa desenvolver tolerância e observar a urgência que não pode ser protelada para abordar, pelos riscos nela implícitos. E assuntos que devem ser relegados à segundo plano, para posterior avaliação (GROSSMAN, 2012).

Contudo, não há um modelo universal que sistematize atendimento do adolescente. Os serviços adaptam conforme suas características tanto locais, quanto profissionais, e do público. Também, é importante estabelecer normas e condutas de funcionamento e utilização dos serviços de forma clara, porque está se efetuando o atendimento de paciente em processo de independização da família.

Assim, temas mais complexos como sexualidade e comportamento de risco, requer aproximação que muitas vezes, demanda um período de tempo, e contatos mais frequentes. Sugere-se que temas mais exigentes e difíceis, sejam abordados de forma gradativa e em momentos oportunos. Sempre avaliando o risco da emergência (LOURENÇO; QUEIROZ; SILVA, 2015).

De fato, frequentemente a primeira consulta de um adolescente é mais longa. Atenção integral exige disponibilidade e tempo.

As observações referidas na RC são pertinentes, e respaldadas pelas referências citadas. Demonstram à percepção que os acadêmicos praticaram várias formas de uso do instrumento, percebendo as peculiaridades e aqui discutindo as adaptações.

E, é muito útil a abordagem porque a referência é especifica, sobre o instrumento da anamnese sistêmica que estamos avaliando.

Percebe-se a necessidade de ampliar o atendimento primário nas Unidades Básicas de Saúde, que se fez presente no discurso da Roda de Conversa, no depoimento de G: "Eu estou atendendo agora na UBS... ...e você volta e meia lembra tua abordagem no ambulatório, né? ...lá as vezes acaba perdendo isso, né? O Médico da Família, né? Ele tem a cabeça voltada para isso, mas as vezes acaba não fazendo, né? Acaba atendendo o adolescente só como uma queixa ..."

Conforme as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, entre seus objetivos específicos, refere o fomento com gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado integral e o direito à saúde.

Nos depoimentos que foram relatados, a Roda de Conversa protagonizou a necessidade do atendimento integral, nas três dimensões: primária, secundária e terciária.

O atendimento integral, conforme destaca a Roda de Conversa, pressupõe práticas inovadoras em todos os espaços de atenção à saúde, portanto não será suficiente reformar apenas algumas estruturas, o desafio está em reformar pensamentos daqueles que integram os sistemas (MORIN, 2003).

3.2.4 Conversações sobre habilidades a serem desenvolvidas para uma anamnese sistêmica: quarta unidade de significado e sentido.

Durante o período de formação, é provável que os estudantes tenham de desenvolver algumas competências e habilidades específicas, e sobre isso foram provocados:

"... em que medida vocês consideram que estão inovando mais?"

Os relatos foram se apresentando e, após a reflexão sobre os desempenhos observados, verifica-se o encontro nos depoimentos com a literatura sobre as implicações, inovações e habilidades clínicas no atendimento dos adolescentes. Alguns fizeram uso de um vocabulário coloquial e sobre isso fizemos algumas investigações, pois como tratamos de complexidade, paradigma, integralidade, ética, empatia, vínculo e inovações, buscamos compreender - O que é "feeling"?

Trata-se de uma palavra de origem inglesa, que em português pode ser traduzida por sentimento, opinião, emoção, percepção, *vibe*, (atmosfera), impressão e sensação, como substantivo; como adjetivo, comovente; literalmente, e no gerúndio significa sentindo.

O verbo "to feel" permite traduzir ainda apalpar, examinar, tocar, tatear, além dos referidos acima (DICIONÁRIOS ONLINE DO BAB.LA, 2017).

Esta introdução para o contexto que o depoimento de A, trouxe na RC: "um feeling mesmo né? De saber o momento de ouvir e o momento de falar, porque tem hora que ele quer ouvir tua opinião né?..... mas muitas vezes ele não quer saber tua opinião, ele só quer contar a dele,... .... e exatamente você fica já na hora querendo aconselhar, às vezes aquele não é o momento, ele não tá para te ouvir, se ela só tá disposta a te contar, eu acho assim de criar o feeling de saber a hora de falar..."

Em consonância ao relato, surge na educação médica, mais frequentemente nos cursos de medicina com perspectiva no atendimento integral, a formação em habilidades de Comunicação. Constitui-se, num dos cenários que exige maior demanda. A Universidade Estadual de Londrina (UEL), tem metodologia semelhante à instituída no Curso de Medicina da UNIPLAC. E, nas reestruturações elaboradas ao longo do curso na UEL, a parte de Comunicação foi a que mais se desenvolveu com o Currículo Integrado, com o reconhecimento dos estudantes, como uma das atividades melhor estruturadas dentro do Curso (PERIN, 2008).

O depoimento traz em verbetes atuais, a imensa aptidão e prontidão com que o profissional de saúde, no atendimento de jovens e adolescentes, tem a necessidade de estar atualizado e disponível. Na construção destas habilidades para desenvolver a comunicação verbal e não verbal, o estudante necessita construir com seus pares, com o paciente e seus familiares um espaço de escuta ativa, empatia, linguagem de conteúdo claro e acessível. Também, aprimorar a comunicação não verbal: gestual, olhar, respiratória, atenção, apresentação. Iniciar, manter e providenciar o fechamento da entrevista, que não significa o encerramento do encontro, uma vez que nem todas as questões e/ou necessidades de saúde se farão plenas num atendimento.

Na abordagem enfatizada no doente, é mister o domínio de técnicas de comunicação. Os clínicos reconhecem a importância da comunicação eficaz com seus pacientes, mas nem sempre as técnicas de comunicação são conhecidas e utilizadas, faltando a interação na entrevista.

Também, modelo centralizado no doente da entrevista clínica, demanda a aquisição e utilização de competências técnicas de entrevista clínica particulares. E o ensino privilegiado

nas faculdades direciona a atenção dos clínicos na compreensão da doença, e não da sua dolência. Carência de competências que permitam a compreensão das ideias, emoções e vivências dos doentes. A necessidade dos clínicos em adquirir estas competências é visível no curriculum de algumas universidades, onde estas habilidades passaram a estar integrados na formação de seus acadêmicos (SILVA, 2012).

Nesse contexto, Maturana op cit Echeverria (2012) sustenta que a aceitação do outro, como legitimamente outro, é fundamento para o exercício da linguagem e escuta. A não aceitação do outro, impermeabiliza a escuta. E, quando refuta-se o outro, restringe-se nossa capacidade de escutar. Constitui-se na fantasia de escutar, e estamos ouvindo a nós mesmos. Questionar quais as dificuldades inseridas nessas circunstâncias de abertura para a escuta. Sempre que se coloca em dúvida a legitimidade do outro, com posições verticalizadas de poder (posições egocêntricas, etnocêntricas, chauvinistas), todos os momentos que esquecemos ser somente um particular observador, dentro da infinitude da observação: a escuta não se procede. No depoimento de J., observa-se esse exercício:

"Saber a hora certa de escutar, de saber a hora certa de não julgar... ...eu fiquei com um paciente por 3 vezes seguidas, e as 3 vezes que eu vi, foram 3 abordagens diferentes,"

O acadêmico "se deu conta" que o mesmo paciente, em consultas sequenciais, necessita algumas vezes de abordagens diferentes em cada atendimento. Na abordagem do doente, na busca da sua perspectiva, se constrói em parceria o atendimento. A exploração das ideias, expectativas, sentimentos, impactos e crenças do paciente em relação à sua situação clínica, são fundamentos do atendimento. Contanto, aceita e respeita a diversidade de opinião dos atores do processo, recolhe informações importantes para o diagnóstico, percebe preocupações antes não verbalizadas, interação sobre outros diagnósticos, tratamentos ou exames já efetuados. Para ampliar a acuidade do diagnóstico e possibilitar outros diagnósticos cujo domínio são importantes para o paciente e seu tratamento (p. ex. transtornos psiquiátricos, psicológicos, dificuldades sexuais, dependências, etc.). Negligência na exploração destas narrativas, podem bloquear para o clínico a evolução da interação do atendimento e seu desfecho positivo (SILVA, 2012).

Neste mesmo relato a percepção que o adolescente pode apresentar diferentes identidades em diferentes tempos e ambientes. E, isto pode ser inerente ao desenvolvimento neuropsicossocial, característica da Síndrome da Adolescência Normal (ABERASTURI, 1970).

Na sequência do depoimento de J:

"... dalí a pouco a Prof. entrou, ela falou assim, tudo, daí eu fiquei assim, tem que ir meio pelas beiradas, daí a Prof. negociou muito com ela..., ..., queria ser tratada como adulta, para mim ela passava imagem como uma criança,.. soube escutar,... se soltou ...eu acho que facilitou muito a gente."

Percepção na abordagem do professor de novas formas de intervir e negociar: "beiradas". Conforme o dicionário: arredor, borda, beira, cercadura, orla, extremidade, proximidade, margem, extremo, ourela. Quando o acadêmico percebeu e verbalizou o substantivo feminino, estava contemplando os significados, para efetuar a escuta e o atendimento. Também, a inclusão da observação da necessidade do paciente, e o que pode fortalecer, que no caso, evolução do tratamento infantilizado, para o relacionamento adulto, percebido na escuta atenta e afetiva do paciente.

Há situações em que a aproximação entre o adolescente e o profissional de saúde pode não ocorrer de forma tranquila e linear, pois, o profissional na percepção do fato, muitas vezes percebe a necessidade de parar, refletir e algumas vezes, retroceder.

Contudo, novos cenários, muitos ainda sem domínio ou experiência, se apresentam no atendimento hebiátrico. Um desses cenários trata da evolução da experiência pediátrica, no qual a expressão do paciente é através dos seus pais ou responsáveis. Um novo elemento espacial nasce: o adolescente pode falar por si. Estas situações inéditas para todos que participam da cena, pode trazer dificuldade. Formas de expressão como silêncio, descompromisso aparente, ou desconforto por atitudes displicentes podem ser traduzidas pela dificuldade de lidar com o novo (LOURENÇO, 2015).

A capacidade de ampliar as formas de abordagens, uma vez que o novo traz um desafio, para o paciente e o clínico, pode produzir um caminho para o atendimento se organizar de modo favorável. Num ambiente acolhedor, profissionais que caracterizem figuras adultas, capacitadas, empáticas que configurem referência para o adolescente, edificam o eixo estruturante da consulta: o bom vínculo. Sedimentado em preceitos bioéticos.

Na sequência dos depoimentos, selecionado em pertinência à habilidades, a acadêmica A: "eu achei, particularmente, pro adolescente, aprender como agir normal, então assim, a partir do momento que você começa a anamnese, você vai questionando, ele vai respondendo, você já vai notando a cara da família, né?....através da linguagem não verbal."

Nessa declaração desprendemos percepções inerentes ao atendimento hebiátrico, habilidades e inovações. Ao referir "aprender agir como normal", retrata a habilidade de compreender como abordar na anamnese, em todas situações, que a entrevista pode solicitar

para o atendimento do paciente. Porque, em referência ao relato, esta conduta permite a sequência, e faz efetivo o encontro. O depoimento insere outra habilidade e percepção: que esta interação, normativa, surpreende o acompanhante ou familiar. Porque o acadêmico consegue estabelecer o contato e fluir a entrevista, priorizando o paciente. E a habilidade do depoente está ainda, na valorização do familiar, uma vez que observa na linguagem não verbal deste, as emoções e sentimentos que evoluem no atendimento.

Aptidões que se construíram, visualizadas no depoimento: o papel da família no atendimento, como seu contexto é percebido pelo profissional, e a leitura de novas formas de expressão, como a linguagem não verbal. A relação pediátrica médico/pais é substituída por uma relação mais complexa, médico/adolescente/pais de adolescente (LOURENÇO, 2015).

Nessa sequência de competências o depoimento de J. ratifica a necessidade de desenvolver sensibilidade de percepção sobre o verbal e não-verbal, gestual, comportamental: "Tem a compreensão, ..., ... de compreender a normal, a verbal, a não verbal, compreender o que ele tá querendo te dizer, ele e a vó dele. Realmente a partir do momento que você fala sozinho..., você entende que cada um tem um objetivo diferente...., .... então assim conseguir compreender o meio que envolve, assim".

Ampliando as percepções o depoente visualiza a fortaleza do atendimento hebiátrico: as etapas diferentes, família, adolescente, outros, etc. e a complexa vivência onde envolve o meio no qual o adolescente vive, na significância da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner.

Assim, organizou-se com a família e o paciente no primeiro atendimento esse fluxo, os pactos e condutas éticas pertinentes ao atendimento de adolescentes e jovens. O atendimento foi efetuado em etapas; que podem ser duas, três ou eventualmente outras. Inicialmente o adolescente e sua família foram acolhidos. Num segundo momento aconteceu a entrevista com a família. No terceiro momento a entrevista com o adolescente. E, se necessário novas composições e momentos foram utilizados.

A ordem pode se inverter conforme a necessidade de demanda do atendimento (LOURENÇO, 2015).

A mediadora, intervém, resgatando expressões que se apresentaram nos diálogos e depoimentos:" aqui escutei as palavras jogo, joguete, feeling, um jeito diferente...". e incentiva o grupo a refletir e expor sobre competências e habilidades desenvolvidas e necessárias à prática em questão. E então, desafia os acadêmicos: "qual seria a habilidade que vocês indicariam como essencial à anamnese?"

Então, despontam depoimentos referindo agir normal, questionar, observar, utilizar linguagem não verbal, num depoimento. Em outro, a valorizar os tempos da consulta e da compreensão do meio. Temos um relato pertinente, de R: ".... às vezes tu tá fazendo uma anamnese e tu volta, várias vezes eu voltei no adolescente e voltei o meu pensamento nos meus 15 anos, ... porque é totalmente diferente o adolescente,... porque tem que voltar... qual a minha visão do mundo, das coisas, de família, pra eu poder entender, não julgar, como era na minha adolescência..."

Nesta "confissão", desperta a percepção do processo de desenvolvimento da adolescência e puberdade. Em diferentes situações de atendimento clínico, este deve priorizar o jovem como ser biopsicossocial, inserido no seu meio ambiente e em permanente interação com ele. Quem se propõe a atendê-los deve abordar os aspectos físicos sobre queixas, doenças e questões orgânicas, aliado à compreender suas condições de vida, relações em todos os meios, escola, trabalho, percepções, sentimentos e vivências sobre sexualidade, alimentação, lazer, atividades físicas, vida econômica, social, uso de substâncias lícitas e ilícitas, modo de relacionamento com o mundo virtual. Avançar sobre suas percepções sentidas e vividas com as mudanças corporais e emocionais, quais expectativas sobre o atendimento, e planos para o futuro.

Essencialmente, o clínico que atende adolescentes precisa ter conhecimentos sobre os processos de crescimento e desenvolvimento sexual, os mecanismos neuroendócrinos que regem esse processo evolutivo. Transtornos peculiares à faixa etária e ações preventivas.

O exame físico pode trazer constrangimento tanto para o paciente quanto para o profissional, fato observado na prática com os acadêmicos e que constitui espaço de cuidado na preservação da ética. Por isso, torna-se necessário assegurar o espaço do paciente, sem prejuízos para sua saúde.

Assim, o depoente faz referência à pertinência de voltar à própria adolescência, referese - ver o adolescente de dentro -, para poder entender o de fora. Exercício que propicia desenvolver a habilidade da empatia. Conhecer o mundo do outro, pois, trabalhar em parceria traz implicações mais complexas, transcende a compreensão sobre a doença, implica em disponibilidade para percepção de suas vivências interiores.

No entanto, empatia, ainda hoje, é um conceito mal definido. Na nomenclatura médica, acredita-se incluso por Wispé em 1986. Com significado de "sentir por dentro", utilizado para conceituar três elementos da empatia: a capacidade de observar as emoções dos outros, para perceber essas emoções e para lhes dar respostas. Também, pode-se diferenciar dois tipos de

empatia: emocional e cognitiva. A primeira é o exercício de compreender o estado interior do outro utilizando estratégias mentais, cognitivas, incluindo a perspectiva do outro. Esse exercício e habilidade tem por objetivo desenvolver medidas para aliviar, minimizar o sofrimento do doente, adaptado à pessoa em atendimento (ARORA, 2000).

Para substanciar a percepção de empatia e autopercepção, no depoimento de J: "Como era nossos dramas, né?..."

Nas referências da RC B, visualiza o entendimento de avaliar a sua adolescência, e ver o adolescente em atendimento nos seus contextos: "Já é difícil a gente voltar na adolescência, com uma estrutura, uma família completamente diferente, por exemplo a nossa... ... a estrutura familiar dela é completamente diferente da nossa. "No mesmo depoimento:

"...eu acho que a nossa linguagem corporal, a gente observar a deles, e a gente cuidar da nossa. Eles estão ali, dependendo da expressão que você faz, bloqueia o paciente, ele vai acabar julgando: não vou contar mais nada! Acabou teu vínculo, acabou a consulta."

Neste contexto, da necessidade do bom vínculo do adolescente com o profissional e o serviço, eles têm disposição em procurar atendimento com clínicos que se sintam confortáveis.

Por esse motivo é necessário ter cuidado com preconceitos e leituras comportamentais estereotipadas, que não interfiram em relação à apresentação, etnia, religião, gênero, estilo de vida, posição social.

Para efetivar um vínculo de confiança com o adolescente e sua família, fundamento para o desfecho favorável do atendimento (elaboração do diagnóstico, planejamento de condutas), o médico precisa competência em seguir o fio da narrativa do paciente, e dar sentido à sua linguagem simbólica, manifestada com gestos, palavras, emoções e inscrições em seu corpo (GROSSMAN, 2008).

Aqui, agrega-se também, na mesma proporção outras formas de comunicação, que não a linguagem, que o profissional utiliza. E, a responsabilidade por suas ações e comportamentos, quando em presença no atendimento. Neste contexto, são trazidas ao encontro da RC novas situações, relacionadas com o fortalecimento de habilidades e práticas, no depoimento de B: "... chegou para nós, de um adolescente um gravídico, ai eu falei assim – (...) ahm, não vai conseguir estudar – tivemos pacientes assim, com gestação planejada, né? ... e pra nós isso é um choque de cultura muito grande, então você tem que saber lidar com isso tudo, não julgar, se pôr no lugar do outro, parar, pensar, ouvir, paixão, é muita coisa assim que foi desenvolvido."

No contexto da gestação na adolescência, a literatura apresenta pesquisas, quanto epidemiologia, causas, consequências e propostas para organização transdisciplinar. Porém,

trata-se de uma situação ainda não organizada em termos de Saúde Pública e efetivação de planejamento familiar para os adolescentes. Na situação em questão referida no depoimento, a prática de acolher, perceber, aguardar o que a circunstância oportuniza, e encaminhar para procedimentos adequados àquela paciente. Com desprovimento de seus próprios conceitos e perspectivas. Na prática da tolerância, e propiciar o desembaraço de modo saudável aos envolvidos.

Pertence à este domínio, a competência de suspeitar sobre o diagnóstico, independente das queixas ou sintomas da paciente e sua família. A literatura refere que o diagnóstico de gravidez na adolescência geralmente, não é explícito. Precisa ser investigado, e organizar um ambiente propício para abordar e diagnosticar precocemente. Manifestações e sintomas físicos típicos e atípicos devem ser pesquisados e visualizados. Uma vez que geralmente o diagnóstico é realizado a partir do segundo trimestre (SAITO, 2016). Isto implica em riscos para a gestante e o concepto. Quando, algumas vezes, a gestação "se apresenta" no último trimestre ou no momento do parto, sem realizar pré-natal.

Feito o diagnóstico, necessário se faz abordar os sentimentos e intenções. Este primeiro suporte é competência do profissional que está diante da paciente. Portanto, importante preparar-se para tais situações. E, para abordar com a paciente a necessidade de quebra de sigilo e como organizar o compartilhamento da informação. Para não evoluir como transtorno, neste momento de acolhimento. Priorizando a saúde física, mental e emocional da paciente. Neste enredo, precisa agregar o adolescente masculino, pai em questão, que também faz parte do cenário da gestação (SAITO, 2013).

No decorrer deste capítulo, foi visualizado através dos depoimentos, que desempenhos foram sendo construídos: observar, retroceder à própria adolescência, perceber o ambiente cultural do paciente, não julgar, empatia, refletir, tolerância, escuta e paixão. Todas ações, reflexões, sentimentos e habilidades em consonância com o paradigma sistêmico. Contanto, denotou-se falência do paradigma que é difícil entender e atender adolescentes e jovens. No encontro da Roda de Conversa os depoimentos sugerem o desenvolvimento de habilidades, para o suporte à complexidade do atendimento com o adolescente. E, os relatos mostram que pode ter emoções positivas.

Em novo relato sobre a abordagem R recorda: "isso tudo que B. falou, por vezes chegava paciente com mensagem cultural ou análise social, aí a mãe: ela vai casar no mês que vem; mas ela tem 13/14 anos. ... tu nota o tanto que aquela criança cresceu, tentar conversar, expor quais são as partes boas, os prós, os contras pra ajudar decidir com calma."

No contexto acima, percebe-se a necessidade de adquirir competência e disposição para ouvir, não decidir pelo paciente, organizar a situação, expor os modelos, oferecer ferramentas e habilidades para o paciente e a família. Além de empoderar o paciente para conduzir sua independência, responsabilidade e parceria nas condutas de saúde e planejamento de vida.

Em momentos diversos na Roda de Conversa, referem -se a abordagens pouco frequentes, usuais ou não evidenciadas até então nas entrevistas, no relato de A: "Então, eu acho que isso envolve muito assim, enriquece muito e isso eu já senti diferença nas primeiras consultas, quando eu fazia as perguntas, ...daí, ela conseguia perguntar tudo que faltava, por causa dessa abordagem ou saber essas perguntas que realmente tinham que ser feitas pra aquele momento, sabe?"

Nesta referência sobre questionamentos pouco usuais para os acadêmicos, por exemplo: que é bom na sua vida? O que é ruim na sua vida? No depoimento são referenciados como facilitadores da fluência, compreensão e estratégia sobre o "timing" de quando abordar determinadas situações.

Nas estratégias de como desenvolver competências, temos um depoimento complexo e abrangente das propostas de educação médica, atendimento de jovens e adolescentes, relata A: "A gente ouvir mais na verdade, mais o tipo de paciente..., o adolescente é muito o espelho da família de onde ele tá, as vezes a gente identifica muito problema familiar, que as vezes nem tá diretamente relacionado com ao adolescente, mas ele sofre o impacto, ele não é o principal agente daqueles problemas, mas cai em cima dele, sabe? ... você tem que ver o que vai falar,.. só porque as coisas ao redor cai em cima dele, então saber transferir isso para ele, notar que o problema não é só dele, acho que foi a maior habilidade que eu desenvolvi, assim."

Na conjuntura desse depoimento foram observados habilidades inerentes à entrevista clínica: a escuta e a singularidade. Dois pilares para a abordagem do adolescente. O relato, também inteirou-se com a Teoria de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (PPCT): Processo, Pessoa, Contexto e Tempo. Que é o fio condutor da rede sobre o atendimento de adolescentes na proposta do ambulatório de hebiatria do HISB. O grupo não tinha domínio de conhecimento sobre a teoria. Porém, ela emergiu com a metodologia na pesquisa (a roda de conversa), onde o depoente relata a situação e, pode-se correlacionar ao conceito sistêmico da Teoria Bioecológica. Respaldando os propósitos de pesquisa, da prática e do ensino: na Teoria, o relato acima pode ser contemplado o Processo como principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento. São as interações recíprocas que acontecem de forma gradativa, evoluindo na complexidade entre o sujeito e as pessoas, objetivos e símbolos no seu ambiente imediato.

Essa interação constante, frequente sustenta o desenvolvimento humano. Além disso, Bronfenbrenner sustenta que esse resulta de uma construção histórica e social, relacionado com as culturas específicas nas quais desenvolvemos e pelas quais somos influenciados, dos sistemas ecológicos encapsulados em determinado contexto. Aqui, sustentando o depoimento acima: entendida como múltiplas realidades, uma vez que o contexto contempla mais de uma realidade vivenciada. O indivíduo constrói-se a partir das relações com o meio.

No depoimento refere "mais o tipo de paciente", faz referência à pessoa, e pessoa na sua singularidade. Bronfenbrenner, reconheceu a relevância dos fatores biológicos e genéticos. Mas, as características pessoais que pertencem a cada um, e como interage foram os estudos realizados nas pesquisas e desenvolvimento da Teoria.

No depoimento: "... mas ele sofre os impactos e ele, não é o principal agente daqueles problemas, mas cai encima dele..." caracteriza o Exossistema.

Observamos a importância do depoimento acima, pela clareza que verificou a situação do paciente. Fez uma avaliação que na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, refere a situação do paciente no microssistema, no mesossistema, e o exossistema com suas interferências.

3.2.5 Conversações sobre as dificuldades encontradas ao longo do processo de anamnese sistêmica: quinta unidade de significado e sentido.

Os acadêmicos foram conduzidos, pela mediadora, para o fechamento das últimas questões pertinentes aos objetivos da dissertação. Foi solicitado a reflexão sobre dificuldades no processo da anamnese sistêmica.

Os depoimentos voltaram-se para a dificuldade do momento de fazer as perguntas, "F", refere "você tem que saber a hora que perguntar."

Conforme Silva (2012), a entrevista centrada no doente, reproduz um modelo de interação com a integração dos objetivos de saúde, de uma forma dinâmica e global, na qual o profissional de saúde se manifesta com respeito, humildade e empatia. Esta abordagem é desejável em qualquer abordagem de contexto clínico, independente da área de saúde. E, utilizando as competências clínicas, com a entrevista enfatizada no doente, a sensibilidade em perceber quais momentos se inserem as informações pertinentes à elaboração do contexto do doente, e sua doença com fluência encontram o caminho (SILVA, 2012).

A participante B traz no seu depoimento referência a dificuldade de adaptação ao constructo: "Às vezes a gente gosta de começar a anamnese de um jeito ... ...isso acaba atrapalhando um pouco a gente".

Os acadêmicos estão construindo seus modelos de atendimento. A proposta do serviço e de ensino é harmonizar os diferentes saberes e experiências, por isso, são respeitados os modelos utilizados, adaptando à proposta sistêmica do ambulatório. O instrumento é utilizado para orientá-los para a abordagem sistêmica no atendimento de adolescentes: ampliar o ambiente, significar abordagem de necessidades de saúde, ter o entendimento que é um paciente em desenvolvimento. A anamnese pode ser efetuada conforme as habilidades do acadêmico, com o comprometimento de finalizar as abordagens com a inteireza do paciente.

Noutro depoimento, com dificuldades semelhantes, surgem sentimentos controversos, na expressão de T: "as vezes eu gosto muito da anamnese, eu me sinto bem, mas quando faço a consulta com a folha.... eu consigo conversar com o paciente e eu olho....- onde está isso aqui? — eu desisto... eu converso com o paciente e anoto depois". Refere segurança em seguir a proposta de atendimento integral no atendimento, porém há situações que não sente-se confortável em seguir a organização descrita no instrumento. Utiliza as suas habilidades para efetuar e concluir a consulta para posterior transcrição, contemplando a solicitação da anamnese sistêmica. No documento deve constar o registro fiel dos dados, independentemente de como se procedeu a entrevista.

Contudo, é apropriado para o depoimento, verificar que poucas vezes os doentes verbalizam as suas emoções de modo espontâneo ou direto. Podem oferecer pistas. Este entendimento da leitura do paciente com seu "timing", com as necessidades de suporte e conhecimento clínico, é que precisa ser contemplado no atendimento do adolescente (GROSSMAN, 2012).

Nesse mesmo depoimento, o acadêmico refere que a prática constante minimiza ou elimina os obstáculos: "...se você praticar todo dia essa folha, você elimina essa dificuldade, mas como nosso tempo ... às vezes eu senti um pouco de dificuldade".

Entretanto, é importante ficarem registradas duas observações que os depoimentos sustentam: primeiro, as abordagens efetuadas nesta anamnese não eram rotineiras na prática, apresenta abordagem de aspectos da saúde e vivência do paciente pouco usuais e, por vezes inéditas. Segundo, no depoimento observa que a repetição, e/ ou mais tempo no serviço facilitariam o desempenho e aprendizagem.

Em outro depoimento, há referência que às vezes a anamnese é acordada de modo inverso: o acadêmico observa que na entrevista "às vezes ele começa da última folha, que daí você não vai perguntar de novo aquilo, então você tem que pensar..." refere B. Pode-se observar na entrevista de adolescentes que não é fluente para os acadêmicos que participam do cenário. Porque no atendimento hebiátrico, há situações que acolhemos a demanda do paciente, independente do roteiro sugerido. Também refere como facilitador o instrumento, porque desenvolve a anamnese, depois confere na ferramenta.

Depreendeu-se a observação que trabalhar em parceria, e conhecer o mundo do outro implica, não só compreender a sua perspectiva acerca da doença, mas também perceber as suas vivências interiores. Para facilitar essa expressão, os clínicos podem fazer uso de algumas competências fundamentais, como a aceitação incondicional do outro, a genuidade e a empatia, postulados pelos modelos não diretivos, e assim, atender os interesses do doente. Poupando a necessidade de interpretar ou intervir. Inclusive, a sensação de ser compreendido pelos outros, é em si terapêutica (SILVA, 2012). Com essas referências os depoimentos demonstram "as vezes a folha serve daquela maneira, às vezes não, às vezes você tem que improvisar, deixar ele falar...', na declaração de T.

No mesmo contexto o depoimento de A, relata a necessidade sobre o domínio integral da abordagem, com o compromisso de desenvolver conforme o atendimento e o local permitem. Também, refere como fortaleza a vivência do estágio com os saberes sendo replicados em novos cenários, no depoimento a UBS: "É por isso que acho que essa estrutura, caso você saiba, tem alguma coisa que você não pode deixar de perguntar, ... pode deixar assinalado para um próximo momento. ... na Unidade de Saúde, se não tivesse isso aqui,... você já não vai perguntar,..."

Efetivamente, há depoimentos que se antagonizam e se completam: na fundamentação da agenda, a sua elaboração refere-se a etapa inicial da entrevista clínica, cujo objetivo é identificar todas as preocupações e queixas do adolescente, e sua ordenação de acordo com as prioridades estabelecidas entre o adolescente (o doente) e o clínico; a "agenda" proposta consiste pois, num plano para a entrevista. Muitas vezes há etapas excluídas e/ou negligenciadas, porém, como os depoimentos revelam que se o adolescente tem a perspectiva que será ouvido e incluído na partilha das informações e decisões o profissional, pode improvisar. E somente o improviso, sem uma agenda para a entrevista, pode o desfecho, ser improdutivo. O atendimento com base na anamnese, conforme o relato, pode em muitas

situações, como na Unidade de Saúde, ampliar a abordagem, contemplando as necessidades de saúde do adolescente (CORREIA, 2012).

Como referido na literatura às vezes nos deparamos, com diálogos monossilábicos, ou em situação de mutismo, situações nas quais a habilidade do médico são as ferramentas que propiciarão a dinâmica do encontro. Algumas vezes o adolescente não se sente à vontade para questionar sobre a normalidade do seu desenvolvimento, ou, para falar das situações de violência, por exemplo, o método indiciário, descrito por Ginzburg (pelos indícios é possível encontrar os caminhos que levam ao conhecimento) (GROSSMAN, 2012).

São competências de comunicação integradas, ora centralizadas no doente, ora centralizadas no clínico. São elas: competências para motivação, competências de relação e aliança que demonstrem respeito, compreensão, disponibilidade, responsabilidade e empatia. Partilhando tempo, conhecimentos e diálogos e que saiba reconhecer e responder às emoções desencadeadas, num ambiente de segurança, aceitação e afetividade. Criar um vínculo. (CARDOSO, 2012).

Os percursos e singularidades construídos com o paciente na perspectiva de saúde, desde que baseados nos princípios éticos do atendimento, são válidos.

Na mesma linha dos depoimentos e discussão R. faz referência sobre comunicação e vínculo: "têm consultas com pacientes que é emperrado, ele não conta, é aquele sim e não. Tem que conversar com o paciente, pra ele tentar se abrir, criar um vínculo. Muitas vezes aconteceu isso: - "poh porque eu não consigo? Cobro em uma ou duas semanas...". Observa-se que os acadêmicos permeabilizam o questionamento sobre dificuldades da anamnese sistêmica em conjunto com as dificuldades que o atendimento demanda. Na maioria dos depoimentos esta verbalização avaliada aqui, também se repete noutros relatos.

Retornando à questão do depoimento onde comunicação e seus entraves são expostos, as referências já oferecem o suporte, conforme Taquette (2005): "... durante a anamnese podem surgir barreiras de comunicação." No significado de barreiras, interpretamos a referência tanto por não fluência da verbalização, quanto dos significados expressos e entendidos pelo médico e o adolescente, que se desdobram em ruídos e desfechos não esperados.

Ainda, Taquette (2005) nos orienta para reconhecer essas barreiras, superá-las e encontrar as razões que determinam este comportamento. Refere também, sobre a situação de o profissional de saúde sentir-se seduzido pelo paciente e vice-versa. Para tanto o profissional deve ter clareza do papel que desempenha junto ao adolescente. Evitar outros tipos de

relacionamento que não, estritamente de caráter técnico e da demanda relativas à saúde do paciente.

Encontramos na mesma referência o depoimento de G: "porque a gente tem que cuidar né? Que no passado aconteceu, que a paciente se apaixonou pelo acadêmico... ...por isso ela não queria que outro atendesse, não pela empatia. Foi demais a empatia".

Como alternativa ou solução, sobre os eventos acima referidos, salienta-se a necessidade de discutir soluções e encaminhamentos com a equipe de saúde. Sempre que situações complexas, conflituosas e legais se apresentam para a equipe, esta abordagem deve ser socializada com o grupo. No depoimento acima, pode-se incluir o encaminhamento para outro profissional, após a avaliação, discussão e orientações da equipe (LIBERAL et al. 2012).

Por tratar-se de ambulatório com acadêmicos em formação, consideramos como um problema, porém propicia para o grupo o aprendizado de adversidades e situações inusitadas serem discutidas com a equipe. Exemplo como as relacionadas com gênero podem ser avaliadas como dificuldades, no depoimento de A: "Às vezes a paciente se abre mais com um homem é..."

E no atendimento hebiátrico, no ambulatório do HISB, são práticas as atividades se processarem desprovidas de preconceitos, incluindo gênero, embasados pela ética e o respeito que os pacientes demandam, e o acolhimento de suas dificuldades. Neste contexto, sobre a necessidade de um bom vínculo do adolescente com o serviço de saúde, os adolescentes se mostram propostos a procurar profissionais com quem se sintam confortáveis. Poucas referências em relação aos prestadores de serviço em saúde para adolescentes, e as preferências nesta faixa etária. Pressuposições que os adolescentes preferem ser atendidos e examinados por profissionais do mesmo sexo. No entanto, os estudos ainda são escassos e inconclusivos. Kapphanhn et al. (2015) realizaram um estudo com mais de 5 mil adolescentes sobre suas preferências em aspectos da consulta, incluindo o sexo de seu médico. 23% preferiram atendimento por profissionais do sexo masculino. O sexo do médico mostrou-se como uma variável mais importante para as meninas, com 50% delas preferindo ser atendidas pelo sexo feminino, 2% por homens e 48% sem demonstração de preferência. E, as meninas mais jovens preferiram profissional feminino.

No estudo sobre preferência do sexo do médico que Van Ness e Lynch (2000) realizaram, para o exame geral e genital de 67 adolescentes masculinos: 50,8% demonstraram preferência por uma médica para o exame geral e 49,2% para o exame genital.

Com estas referências, antes da preocupação com o desconforto em relação ao sexo do médico, privilegiar a construção de uma relação de confiança e conforto para o paciente, que se sobrepõe para a construção do vínculo e das escolhas do adolescente (LOURENÇO, 2015).

As dificuldades nos relatos da pesquisa, encontram respaldo no referencial teórico aqui elencado. As situações geralmente, são referidas "coladas": o depoimento agrega o instrumento da anamnese sistematizada e o atendimento do adolescente. Contanto, verifica-se que as situações de dificuldade desdobraram-se em reflexões e habilidades. Durante a Roda de Conversa, denota-se a expressão de maturidade e compreensão sobre o tema que os depoentes conversaram e debateram.

# 3.3 O SENTIDO DA RODA DE CONVERSA: UMA AVALIAÇÃO REFLEXIVA DA ESTRATÉGIA METODOLÓGICA UTILIZADA (SEXTA UNIDADE DE SIGNIFICADO)

Distingue nossa pesquisa, a consideração que faremos a seguir sobre a avaliação realizada pelos estudantes sobre a estratégia metodológica utilizada. De forma autônoma e despretensiosa, destacaram em seus depoimentos, que reconheceram a proposta qualitativa da metodologia aplicada para a pesquisa.

Dessa forma, o grupo iniciou essa avaliação referindo a metodologia do Curso de Medicina da UNIPLAC, onde é efetuada de forma somativa e formativa. E, manifestaram sentimento de conforto para atender à solicitação. Neste contexto vêm o depoimento de J: "...sabe que isso é para melhorar. Melhorar para as próximas pessoas, pra melhorar o nosso curso, pra melhorar a avaliação da medicina, e tudo mais. Então, assim que a gente pudesse criticar, pudesse ajudar positivamente, mesmo a gente ia falar, né?..."

O depoimento acima amplia a avaliação do construto e o ambulatório, para o curso e para a profissão. Certamente, a avaliação deve ser parte integrante do processo educacional, essa implica em dois processos distintos medir e educar. Com a medida é possível implantar meios para a promoção do aprendizado significativo.

Dentro desta equação, com material de pesquisa produzido pela Roda de Conversa, nos propomos a apresentar essas ideias como pontos de aceitabilidade e validação dessa proposta qualitativa.

Sobre a confiabilidade, pode-se afirmar que durante todo o processo vivenciado por eles no ambulatório, também vivenciaram processos avaliativos. Nesse sentido, o relato de R: "tem essa parte de avaliação que influencia, no final do curso já passa aquela aflição, assim: - ah! eu tô sendo avaliado.... mas como eu tô no final do curso, eu me senti à vontade, mas principalmente porque a gente gosta do método." O acadêmico refere-se ao conforto e independência em opinar e avaliar, porque já encerrou os processos avaliativos da academia, o grupo obteve aprovação no curso e no cenário do ambulatório de hebiatria. Também em referência à aprovação da metodologia do curso. O que finaliza o depoimento referindo autonomia para o processo de avaliação, conferindo maior confiabilidade aos métodos de coleta de dados da pesquisa.

Nesse processo de avaliação, o(s) examinador(es) faz parte do método da pesquisa, pelas interferências positivas, negativas ou de neutralidade que exercem de acordo com o processo vivido por eles ao longo do Curso que encerram. Nesta pesquisa, vale considerar que uma das pesquisadoras é também, a professora do cenário com os acadêmicos que se disponibilizaram à participar do estudo. O método da Roda de Conversa foi bastante interativo, e a presença da referida professora não inibiu a maioria do grupo. Para tanto, alguns depoimentos sobre a avaliação são mencionados.

O depoente B. destacou: "a gente achou que teve um bom relacionamento com a professora", referindo-se ao desempenho deles na metodologia utilizada para a pesquisa, e destacou que, às vezes por não conhecer a dinâmica, pudessem ficar desconfiados e os depoimentos não teriam o mesmo comprometimento, como de fato se deu.

### Noutro depoimento:

F: "Acho que é um troço muito grande porque você é nossa Professora, não é apenas pesquisadora, temos vínculo e se você chegasse e entregasse o instrumento é uma coisa, temos o vínculo". Na pesquisa qualitativa, na estratégia de Roda de Conversa, a interação se deu de forma natural, principalmente por já conhecerem a professora que ali estava para a escuta e coleta daqueles depoimentos. Assim, o afeto repercutiu no grupo e no estudo. Em harmonia com o que preconiza a teoria, pesquisadores e participantes da pesquisa – ambos inseridos no contexto de desenvolvimento destes participantes- são vistos em termos de interação de processos proximais, já que todos os envolvidos, o que inclui os pesquisadores, também são pessoas em desenvolvimento e têm seus próprios contextos e experiências (BENETTI, 2013).

Neste discurso, dois depoentes finalizam o exame sobre os pesquisadores, "Como pesquisador, o fato de estar aqui, não atrapalha." Na sequência o depoente agrega o processo

interativo da pesquisa, e a proposta do pensamento sistêmico que AT refere: "Eu não falei nada, a gente desenvolveu toda essa capacidade, parte do processo. É difícil separar isso,.."

No pensamento sistêmico as interações se permeabilizam, as fronteiras não se justificam, e no processo avaliativo a aceitabilidade da proposta de pesquisa traz significância para validação. Nos depoimentos acima expostos e neste relato que do depoente R, contribui: "Eu achei legal o método que foi exposto aqui, porque a gente fica bitolado, sinceramente" ... "Com esse método de conversa, fica uma coisa leve, uma coisa tranquila, cada um tem sua opinião ..." Destaque dado à metodologia utilizada para a coleta de dados por meio da roda de conversa, proposta qualitativa, acolheu os participantes e proporcionou depoimentos instigantes e variados, proporcionando discussão incentivadora, reflexões, motivação para inovações.

Proposta de utilizar a discussão sobre alguns atributos da avaliação. Em questão aqui, a avaliação da estratégia utilizada para a pesquisa. A proposta qualitativa segundo a RC "agregou profundidade ao problema da pesquisa, com produção de material significativo e confiável. Despertou no grupo a curiosidade e credibilidade sobre a metodologia qualitativa".

Este breve relato apresenta alguns momentos de reflexão crítica do processo de investigação. Especificamente, sobre o instrumento utilizado para o levantamento de dados para a pesquisa, porque ainda hoje as duas abordagens - quantitativa e qualitativa - possuem contornos diferentes, e por vezes se apresentam como excludentes. Entretanto, a abordagem qualitativa, por muito tempo desprezada pelas ditas ciências duras e da saúde, hoje já tem lugar assegurado, como um modo promissor de se fazer pesquisa na área da saúde.

Nesse sentido, como afirma Canzonieri (2010), a escolha pela metodologia qualitativa, também exige fundamentação teórica e discussão dos resultados, para que se possa demonstrar se os objetivos foram ou não atingidos. Na posição de pesquisadoras, nos sentimos satisfeitas em ter dominado com relativo sucesso a metodologia da Roda de Conversa (CANZONIERI, 2010).

O período de tempo utilizado e o método, foram avaliados pelo grupo de forma positiva, pela inovação da metodologia como pesquisa científica em medicina. E quanto a presença do pesquisador, como mediador e professor do Curso pesquisado, relatam conforto para expor suas percepções, mesmo as negativas.

# **CONCLUSÕES**

Da incubação do projeto até as considerações aqui descritas, muitos e diversos caminhos surgiram, alguns experienciados, outros aguardando novos estudos e desdobramentos.

A proposta do estudo dentro da concepção sistêmica, de inovação e expectativa sustentável. Para tanto, optando, neste momento, pela metodologia qualitativa.

O método e dinâmica propiciou o material apreendido na Roda de Conversa. Os depoimentos se apresentaram com profundidade e contextualizados. O que sugere uma dinâmica, que pode se desdobrar em várias possibilidades de pesquisa, em medicina e áreas transdisciplinares. Para pesquisas que buscam ou carecem de um olhar ampliado, aprofundamento e/ou especificidades pode avaliar a complexidade inerente.

No perfil qualitativo e sistêmico do estudo, as considerações aqui expressas deixam em aberto os resultados para os leitores e estudiosos, interpretar conforme seu olhar e sua bagagem, provavelmente evoluindo em novos saberes. Assim, com o objetivo de sintetizar em palavras e pensamentos profícuos e inovadores os depoimentos aqui concretizados.

Essencialmente, a metodologia da pesquisa mostrou possibilidades para servir ao processo avaliativo, visando o crescimento do curso, da profissão, pessoal e do serviço em atenção ao adolescente e jovem.

Conforme a avaliação dos resultados, o constructo da anamnese sistêmica se mostrou pertinente no atendimento hebiátrico do Ambulatório de Adolescentes do HISB, com acadêmicos. Na pesquisa os resultados demonstram o desconhecimento das peculiaridades do atendimento adolescente. Justificou-se neste resultado, o compartilhar dessa sistematização em atenção ao adolescente e as práticas dos acadêmicos. Também, a ferramenta organiza o atendimento hebiátrico, na visão sistêmica e na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Esta perspectiva é relatada na Roda de Conversa. Os acadêmicos, nos seus depoimentos, visualizam a temporalidade, os meios que o adolescente está inserido, as interferências e desfechos, situações presentes no modelo sustentado na PPTC – processo – pessoa – tempo – contexto, como emergiram nos depoimentos. O desenvolvimento humano é, nesse espectro, interativo e contextualizado e, o indivíduo não é um ser passivo. Os relatos contemplam habilidades desenvolvidos nas propostas e estratégias durante o estágio.

No entanto, a abordagem sistêmica do atendimento para os adolescentes deve ser pactuada em cada serviço, adaptada às suas demandas, peculiaridades, necessidades e ambiente

histórico e cultural. No processo de integralidade, do ser e do contexto. Agregar tecnologia, práticas inovadoras e/ ou disruptivas, cumprindo com suas necessidades de saúde e permitindo o desenvolvimento de seu projeto de vida.

O constructo da anamnese é ampliado e extenso. No estudo demonstra-se utilização do seu conhecimento adaptado a cada atendimento, conforme suas demandas, em especial as mais urgentes. Logo, ratificou-se o uso em diferentes tempos, conforme as necessidades se apresentam.

Nas análises sobre aspectos que envolvem o ensino superior, atendimento médico, desenvolvimento adolescente, a dinâmica e a estrutura que constitui a adolescência, a família e as relações, verifica-se um momento de transformações, rupturas de paradigmas, quanto à ideias, valores morais e estéticos, processos de pensamento, tempo, virtualidade e outros. E reiteramos, as disrupções desafiam: os modernos vivenciaram dois ambientes (espaços), a realidade externa e a realidade interna (fantasias, emoções, sonhos, etc.). Enfim, os adolescentes nascem e se desenvolvem com um terceiro espaço, o espaço virtual, ciberespaço. Neste sentido, nos comprometemos à experiência em compasso com a complexidade das necessidades de saúde do jovem e adolescente. Contudo, as propostas que o estudo proporcionou não são conclusões, e sim, a acessibilidade para discussões, interpretações e transformações, que em breve são relatadas.

A pesquisa possibilitou um estudo para as diferentes interpretações, que a metodologia qualitativa proporciona. E através desses, desvendar caminhos para o pensamento sistêmico se sustentar nas produções em saúde da pesquisa médica. A proposta da pesquisa relaciona-se com nossos paradigmas contemporâneos, na valorização da pesquisa qualitativa na produção científica médica.

Verificou-se a problemática da pesquisa, com dados e interpretações para os objetivos pesquisados. Adequou-se ao pensamento e ao estudo, e também, proporcionou subsídios para sustentar a proposta de estudo e perspectiva de novas pesquisas. O resultado das interpretações da pesquisa podem permitir intervenções nas vidas que estão fechadas em outras interpretações, e a possibilidade de reprodução e /ou geração de novos estudos sobre o tema.

De fato, nós, seres humanos temos utilizado muito do nosso tempo, em disputa sobre a verdade das nossas interpretações. O que podemos valorizar é o poder que resulta destas interpretações, a capacidade de ação para transformar nós mesmos, e ao mundo que vivemos. Marx sinaliza que os filósofos só dedicavam-se a interpretar o mundo, quando o que importa é

transformá-lo. E, a capacidade de transformação do mundo, é intrínseco ao poder das nossas interpretações.

Neste contexto a pesquisa nos orienta para a construção de empatia, vínculo, noção de inteireza no atendimento, da escuta na busca do encontro com o adolescente. A pesquisa através da verbalização dos acadêmicos, na transcrição das vivências do atendimento dos adolescentes, traz vocábulos que necessitam agregar-se ao atendimento e "espírito" do profissional que atua nesta área: flexibilidade, transição, empoderamento e mudança.

Para responder ao objetivo proposto por essa pesquisa, retomaremos alguns pontos importantes que podem servir como norte para a continuidade de estudos, daqueles que tiverem interesse nessa questão contemporânea. Os estudantes destacaram algumas dificuldades para o desenvolvimento de um processo de anamnese sistêmica, e aqui registramos:

- Necessidade de adaptação do itinerário de anamnese, uma vez que o modo tradicional já traz um "modus operandi" acatado de maneira consensual para formação médica;
- Observaram que em algumas consultas, não é possível conduzir a anamnese tal como se apresenta hoje, pois consultas podem ser ampliadas por uma escuta sensível do paciente e, configurar novos contextos, outros caminhos.
- A extensão da anamnese e a complexidade do contexto de alguns pacientes, pode dificultar o uso integral do instrumento num primeiro momento e/ou atendimento.
- Muitas vezes o passo a passo indicado pelo constructo sofre inversões, em alguns atendimentos, fazendo com que o final seja o princípio da conversação entre médico e paciente.
- A linearidade do documento muitas vezes não resolve a complexidade do paciente exigindo, uma escuta sensível num primeiro momento.
- Uma formação acadêmica para o médico, cuja história e exercício profissional em saúde vem marcada pelo paradigma biológico, reducionista que desconsidera as necessidades que emanam da sociedade contemporânea.

Durante a Roda de Conversa não se fez referência sobre a abordagem do exame físico, mesmo fazendo parte descritiva no instrumento. Durante o desenvolvimento dos atendimentos, nas avaliações e apresentação de caso, com frequência os estudantes referiam a dificuldade no exame físico completo do paciente. Fica então, uma lacuna para futuros estudos.

A partir das conclusões reflexivas deste estudo, novas estratégias foram programadas para o atendimento no ambulatório de adolescentes, e instrumentação para os acadêmicos na utilização da anamnese sistêmica: a inserção transdisciplinar, iniciando com serviço de estagiários do serviço social e psicologia; oficinas com os acadêmicos sobre anamnese de

adolescentes com uso de imagem, gravação sob assessoria do curso de jornalismo; diagramação do constructo para facilitar a consulta; construção de um roteiro para entendimento e utilização do instrumento; inserção dos estudantes do quinto ano no ambulatório; pesquisa sobre comunicação virtual médica com pacientes, para no futuro estabelecer outras formas de comunicação; pesquisa sobre prontuários eletrônicos e ensino médico para adaptações futuras, visando atualização com a temporalidade e realidade virtual.

Com estas reorganizações, mantemos o foco em formar um profissional da área de saúde mais adequado às transformações do terceiro milênio, cujo perfil atenda a perspectiva da integralidade da saúde.

Como formar estamos na busca da construção de caminhos, mas percebemos que o profissional precisa investir em "competências de entrevistador", respeitando no mínimo duas exigências: não limitar a entrevista a um interrogatório, e portanto fazer dela o local de construção partilhada de uma narrativa, cujo autor é o paciente. E, auxiliá-lo na elaboração. Estruturando, conferindo sequência, resumindo, enquadrando, ampliando, questionando, verificando fidelidade, sem se tornar coautor da narrativa. Respeitando a gestão do tempo, mantendo o controle da entrevista, obedecendo seu processo, sem perder o objetivo, para não resvalar numa conversa inútil e interminável ou um questionário pontual (CORREIA, 2012).

Ainda não sabemos, se o que a pesquisa nos revelou foi a necessidade de romper com modelos fragmentadores, que separa o indivíduo-sociedade e o local-global. Para "pensar localizadamente, é preciso pensar globalmente, como para pensar globalmente, é preciso pensar localizadamente", orienta Morin (2003). Então, o maior desafio do terceiro milênio, será mudar o pensamento para um novo agir, e ligar dois sistemas de pensamento: o linear e o sistêmico. Assim, poderemos pensar numa anamnese sistêmica para a formação médica contemporânea.

## REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL M. La adolescência normal. Argentina: Editorial Paidós; 1970.

ABREU, C. N. (Org.). **Vivendo esse Mundo Digital: Impactos na Saúde, na Educação e Comportamentos Sociais** (Organizadores Cristiano Nabuco de Abreu, Evelyn Eisenstein, Susana Graciela B. Stefenon. Porto Alegre: Artmed, 2013. 335 p.

ALMEIDA, R. S. Adolescência e Contemporaneidade. Aspectos biopsicossociais. **Rev Res Ped**, 2015, 5(3)5 1: 13-6.

AMARANTE, A. G. M.; SOARES, C. B. S. Políticas Públicas de Saúde voltadas à Adolescência e à Juventude no Brasil. In: BORGES, A. V. L.; FUJIMORI, E. (Org.). Barueri: Manole, v.1, p.42-60, 2009.

ARORA, N. K. McHorney. Patients preferences for medical decision making: who really wants to participate? **Med care**, mar 2000;38(3):335-341).

ARORA, N. K.; MCHORNEY, C. A. Patients preferences for medical decision making: who really wants to participate? **Med. Care.**, mar 2000;38(3):335-341.

ARRUDA, Maria Patrício. O paradigma emergente da educação: o professor como mediador de emoções. 2012. **Educ. Tem Dig.** v. 14, n.2, 2012.

ARRUDA, Marina Patrício; ANDRADE, Izabel Cristina Feijó; PORTAL, Leda Lísia Franciosi. Educação para inteireza: um caminho para a reforma da educação e do pensamento. 2016. **Rev. Cie Soc. Hum.** v.26, n.65, 2016.

ASSIS, F. R. E. R.; FERREIRA, E. B. **Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes.** Rio de Janeiro: Revista Adolescência e Saúde, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

BELANDIA, M.; DURÁN, P.; PENZO, M.; et al. **Sistema informático del adolescente** (**SIA**): história clínica del adolescente y formularios complementarios: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR, 2010. (CLAP) SMR. Publicacion científica, 1579. Disponível em:

<a href="http://pesquisa.bvsalud.org/perinatal/resource/es/lil-586902">http://pesquisa.bvsalud.org/perinatal/resource/es/lil-586902</a>. Acesso em 10 de maio de 2016. BENETTI, Idonézia Collodel; VIEIRA, Mauro Luis; CREPALDI, Maria Aparecida; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Fundamentos da Teoria Biotecnológica de Urie Bronfenbrenner.**Pens Psc**, 9(16), p. 89-99, 2013. BERNSTGIN, B. Class, cades and control. Vol IV: The Structure of pedagogic discourse. London: Ronfledje, 1990. \_. Pedagogy, simbolic control and identidy: Theory, research, critique (Rev. Edition). London: Rowman Littlefield, 1996. BRANDÃO, C. H. (Org.) **Pesquisa participante.** 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 47-56. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria atenção à saúde. A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto – aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: modulo básico. 168 p., 2 ed. Brasília, 2007. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente.** Brasília, 2008. \_. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Brasília, 2010. . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para o** Atendimento à Saúde do Adolescente. Brasília; Ministério da Saúde; 2 ed; set. 2013. BRASIL. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. Estatuto da criança e do adolescente [recurso eletrônico]: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. – 13. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The bioecological model of human development. Em Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds.). Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development (993-1028). New York: John Wiley, 2006. \_\_. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley, 1998.

CÂMARA, S. C. Vulnerabilidades dos adolescentes à transmissão sexual do HIV/AIDS: uma análise no contexto saúde na escola. Cidade, 2012. 114 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente). Universidade Estadual do Ceará.

CAMARGO JR, K. R. **Biomedicina**, **Saber da Ciência**: **Uma Abordagem Crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. A Filosofia Empírica da Saúde. In: CAMARGO JR, K. R.; NOGUEIRA, M. I. (Orgs.). **Por uma Filosofia Empírica da Atenção à Saúde: Olhares sobre o Campo Biomédico.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 13-26.

\_\_\_\_\_. Medicina, Médicos, Doenças e Terapêutica: Exame Crítico de Alguns Conceitos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. Série Estudos de Saúde Coletiva, 170.

CANESQUI, A. M. Produção Científica das Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Alguns Significados. **Saúde e Soc.** Vol.21 n.1 São Paulo Jan./Mar. 2012, p. 15-23.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde.** Petrópolis: Vozes, 2010.

. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde.** Petrópolis: Vozes, 2010.

CAPRA, Fritjof. A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. Tradução: Mayra Teruya Eichemberg, Newton Roberval Eichemberg. São Paulo: Cultrix, 2014.

\_\_\_\_\_. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARDOSO, Rui Mota. **Competências Clínicas de Comunicação**. Porto: Greca – Artes Gráficas, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis Rev Saúde Coletiva** 2004; 14(1):41-65.

COATES, V.; BEZNOS, G. W.; FRANÇOSO, L. A. **Medicina do adolescente**. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILDREN. Monitoring children's rigths (Internet). Geneva: OHCHR; c1996-2011. Disponível em: <a href="http://www2.ohchr.org/engliesh/bodies.crc">http://www2.ohchr.org/engliesh/bodies.crc</a>. Acesso em: 09 may 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA. Manual de orientação técnica e disciplinar/ Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina; Coord. Nelson Grisard e Irineu Ramos Filho. 4 ed. rev. atual. Florianópolis: CREMESC, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Código de Ética Médica.** Publicado no Diário Oficial da União de 11/01/65, o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM n° 1.154 de 13/04/84) e demais disposições em contrário. 1988.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n.º 466, de 2013.** Disponível em: <a href="http://conselho.saude.gov.br/ultimas\_noticias/2013/06\_jun\_14\_publicada\_resolucao.html">http://conselho.saude.gov.br/ultimas\_noticias/2013/06\_jun\_14\_publicada\_resolucao.html</a>>. Acesso em: 6 nov. 2016.

CORREIA. Competências Clínicas de Comunicação. In: CARDOSO, Rui Mota. Porto: Greca – Artes Gráficas, 2012.

CRESPIN, J.; REATO, L. F. N. **Hebiatria: medicina na adolescência.** São Paulo: Roca, 2007.

. **Hebiatria: medicina do adolescente.** São Paulo: Roca, 2013.

DICIONÁRIOS ONLINE DO BAB.LA. 2017. Disponível em: <a href="https://pt.bab.la/">https://pt.bab.la/</a>. Acesso em: 14.01.18.

DOLCI, Pietro Cunha; BERGAMASCHI, Eloisio; VARGAS, Lilia. Visão sistêmica do pensamento sistêmico: uso de mapas conceituais. R. Adm. FACES Journal Belo Horizonte v. 12 · n. 1 · p. 33-50 · jan./mar. 2013.

DRUMOND, J. G.; STEPKE, F. L. Fundamentos de uma antropologia bioética: o apropriado, o bom e o justo. São Paulo: Loyola, 2007, páginas 157 a 159.

ECHEVERRIA, R. **Ontologia del language.** 1 ed. 15a. Reimpressão - Ciudade Autonoma de Buenos Aires: Granica; Juan Carlos Sáez Editor, 2015.

ENGELHARDT, H. T. Los fundamentos de la bioética. Barcelona, Peridós, 1995.

FERNANDES, Janainny Magalhães, et al. Movimento "Carta Verde" como Transformador da Realidade da Formação em Saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, 39(3): 336-338; 2015.

FOUCAULT, 1980. Avaliação da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas. In: PERRENOUD, Philippe. Tradução Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: ArMed, 1999.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GATTI, B. A. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber Livros, 2005.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf. USP**, v. 35, n. 2, p.115-21, jun. 2001.

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKEL, G.; BAUER, M. W. (Org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático.** Petrópolis: Vozes, 2002.

GEJER, D.; REATO, L. F. N. **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência.** Coordenadora Lucimar Aparecida Francoso. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

GERBASE, Margareth W. **Mesa Redonda: Pesquisa Qualitativa em Saúde: como valorizar.** Congresso Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM 2017. Porto Alegre, 2017.

GIL, Antônio Carlos, 1946. **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GÓMEZ, C. M.; MINAYO, M. C S. **Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar**. 2006. Disponível em:

<a href="http://www.revistas.sp.senac.br/index.php/ITF/article/view/413">http://www.revistas.sp.senac.br/index.php/ITF/article/view/413</a>. Acesso em: 15 maio 2016.

GROSSMAN, E. Adolescência e Saúde. A mídia na informação sobre saúde sexual. **Rev. Ofic. Núcl. Est. Saú. Ado. UERJ.** Vol 2, n. 1, mar., 2005.

A construção do conceito de adolescência no Ocidente. <b>Rev Ofi Núc Est Saú Ado UERJ</b> , vol.7, n.3, Jul/Set, 2010.	1/
A Consulta do Adolescente. <b>Adoles Saude</b> . v.9, supl. 1, p.9-13, 2012.	

\_\_\_\_\_. A Consulta do Adolescente. In: **Adolescência**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012a.

GROSSMAN, Eloísa; RUZANY, Maria Helena; TAQUETTE, Stella R. A consulta do adolescente. **Rev. Of. Núc. Est. Saú. Ado. UERJ.** Vol. 1 nº 1 - Jan/Mar., 2004.

HEISENBERG, Richard. A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas. In: CAPRA, Fritjof, LUISI, Pier Luigi; tradução Mayra Eichemberg; Newton Roberval Einchemberg. São Paulo: Cultriz, 2014.

HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença.4 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

HOUK C. D.; BARKER, D.; RIZZO, C.; *et al.* Sexting and sexual behavior in at-risk adolescentes. **Pediatrics** 2014. 133: e 276-82.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev.Esc.Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

ISKANDAR, J. I. **Normas da ABNT: comentadas para trabalhos científicos.** 3. ed. Curitiba: Juruá, 2008.

JARDIM, D. P.; SANTOS, E. F. Uso do preservativo masculino em adolescentes no início da vida sexual. Rio de Janeiro: Revista Adolescência e Saúde, 2012.

KAPPHANHN, et al. **Medicina do Adolescente – USP.** In: LOURENÇO, Benito Lourenço, 2015.

KREBS, Ruy J. **O Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner.** II Congresso de Comportamento Motor. Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

LIBERAL, E. F.; VASCONCELOS, M. M.; (Orgs.). **Adolescência**. Coord. NOGUEIRA, K. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, 532 p.

LIBERAL, Edson Ferreira; VASCONCELOS, Marcio Moacyr (Orgs.); NOGUEIRA, Katia (Coord.). **Adolescência.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B.; SILVA, L. E. V.; *et al.* **Medicina de adolescentes**. Barueri - SP: Manole, 2015.

LOURENÇO, Benito (Coord.). Medicina de Adolescentes. São Paulo: Barueri, 2015.

LOURENÇO, Benito Lourenço. Medicina do Adolescente – USP. 2015.

LOURENÇO; OLIVEIRA. **Adolescência e Sexualidade: visão atual.** In: SAITO, Maria Ignez (Coord. et al). São Paulo: Atheneu, 2016.

LOURENÇO; QUEIROZ; LEAL. **Medicina de Adolescentes.** In: LOURENÇO, Benito (Coord.). São Paulo: Barueri, 2015.

LUCKESI, C. C. Da Filosofia da Educação à Pedagogia. In: **Filosofia da Educação.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003, p. 21-90.

MAKAROUN, M. F. Ética e adolescência. Boletim ASBRA, v.23, n. 3, 1999.

MARINI, Maria José Sanches; LIMA, Edna Flor Guimarães Lima; PAVIOTTI, Ana Beatriz. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. Bras. Educ. Med.** vol.34 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2010.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, n. 2, jan/abr., 2008, p. 9-18.

MENDONÇA, G. M. M.; ABREU, L. D. P.; SILVA, M. A. **Promoção da Saúde Sexual de Puérperas Adolescentes: Conhecimentos e Práticas.** Rio de Janeiro: Revista Adolescência e Saúde, 2014.

MERHY, E. E.; *et al.* **O trabalho em saúde. Olhando e experimentando o SUS no cotidiano.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERTENS, F. Abordagem ecossistêmica em Saúde: Ensaios Para o Controle do dengue. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 734-736, março de 2007. Disponível a partir <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2007000300033&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2007000300033&lng=en&nrm=iso</a>. Acesso em 09 de novembro de 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

D .	• 1		// 1	• 4• • 1 1	ъ.	1 T	•	<b>T</b> 7	2001
Pegalliga	sucial.	tenria	metodo e	criatividade	• K10 (	ae 12	aneiro.	Vozes	7004

MORIN, Edgar. **Os setes saberes necessários à educação do futuro.** Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 8. ed. São Paulo: Cortez, Brasília: Unesco, 2003.

<b>Introdução ao pensamento complexo</b> . 2 ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.
<b>Ciência com consciência.</b> 2 ed. Trad. Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 2000.
, 1921. <b>A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento</b> / Edgar Morin; tradução Eloá Jacobina. 8 edRio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
Educar na era plenetária. São Paulo: Cortez, 2003.
MORAIS, Ana Maria; NEVES, Isabel Pestana. Fazer uma investigação usando uma abordagem metodológica mista. <b>Rev. Port. Educ.</b> 20 (2): 75-104, 2007.
NOGUEIRA, M. J. As mudanças na educação médica. <b>Rev. Bras. Educ. Méd.,</b> 3 3(2): 262-270, 2009.
OLIVEIRA, A. N. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. <b>Rev. Bras. Méd,</b> . 32 (3): 333-346, 2008.
OLIVEIRA, D. M. Contribuição para o Estudo da Adolescência sob a Ótica de Winnicott para Educação – PUC, Campinas, 2009.
ORNELLAS, A. Adolescência. <b>Jornal de Pediatria</b> . v 29, n- 1, p. 20-30, 1961.
OUTEIRAL, José Otoni. <b>Adolescer</b> . 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.
Geração Delivery: adolescer no mundo atual. In: WEINBERG, Cybelle. São Paulo: Sá, 2001.
PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. <b>Reflexões, inovações e prática: Curso de Medicina da UNIPLAC.</b> In: SOUZA, Patrícia Alves de; SUBTIL, Maria Cristina Mazzetti (Orgs.). Florianópolis: Tribo da Ilha, 2016.

PEREIRA, M.A.B.; ROMÃO, M. S., VITALLE, M. S. S. A primeira relação sexual de adolescentes homens. **Ado. Saú.**, 2014; 11: 72-9.

PERIM, Gianna Lepre, et al. A avaliação institucional no Curso de Medicina da Universidade de Londrina: uma experiência inovadora. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2008, vol.32, n.2, p.217-229.

PERIN, G. L. Rev Bras Educ Med, 2008.

PERRENOUD, Philippe. **Avaliação da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas.** Tradução Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: ArMed, 1999.

PHYSIS. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **Rev. Saú. Col.**, Rio de Janeiro, 24 [3]: 909-930, (Maria Inês Nogueira), 2014.

POTHER, V. R. Bioéthics, bridge to the future. New Jersey: Prentice-Hall, 1971.

POZATTI, Mauro Luiz. Educ Real, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 143-159, jan/abr, 2012.

\_\_\_\_\_. Educação para a Inteireza do Ser – uma caminhada. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 143-159, jan./abr. 2012.

PRONAP. **Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria – SBP.** Vol. 19. N. 2. 2016.

QUEIROZ, L. B. A medicina de adolescentes no estado de São Paulo de 1970 a 1990: uma dimensão histórica. 2011. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

QUITO, J. P. S.; MERCHÉU, K. B. S. Cultura emo y desarrollo de la persolidade. Universidade de Aenca – Equador, 2012.

REGO, S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) na mão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

REIBNITZ, Kenya Schmidt, et al. The Academic Healthcare System under the Federal University in Santa Catarina and the Florianópolis Municipal Health Secretariat: effects of the Pro-Health I and II projects. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, 36(1,Supl.2): 68-75; 2012.

RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, Lilia Blima. A relação professor-aluno em medicina - um estudo sobre o encontro pedagógico. **Rev. Bras. Educ. Méd.,** 36 (3): 308-316, 2008.

RIOS, J. C. A relação professor-aluno em medicina – um estudo sobre o encontro pedagógico. **Rev. Bras. Educ. Méd.,** 36(3): 308-316; 2012.

ROCHA, Francisca Alanny Araújo; SILVA, Maria Adelane Monteiro da; MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo. Programa de Saúde da família: percepção de adolescentes de um município de estado do Ceará. **Rev. Adol. Saú.**, Vol 9- 2012, p. 7-13 – Rio de Janeiro.

RUZANY, Maria Helena. A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de autoaprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo básico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

RUZANY, Maria Helena; MEIRELLES, Zilah Vieira. Adolescência, juventude e violência: identificação, abordagem e conduta. **Rev. Adol. Saú.,** Vol 6, set. Rio de Janeiro, 2009.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E.o V.a; LEAL, M. M. **Adolescência: prevenção e risco.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

SAITO, Maria Ignez (Coord. et al). **Adolescência e Sexualidade: visão atual.** São Paulo: Atheneu, 2016.

SAITO, Maria Inês. Sexualidade e Adolescência. In: CRESPIN, Jacques; REATO, Lígia de Fátima Nóbrega. **Hebiatria: medicina do adolescente.** São Paulo: Roca, 2013.

SANT'ANNA, Maria José. **Manual de Atendimento ao Adolescente. In:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. 2006.

SANTROCK, John W. **Adolescência**. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Silvia H. Koller. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção Saúde do Adolescente**, 2006. 152 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Manual de Atendimento ao Adolescente**, 2006.

SILBER, T. J. Prevención la patologia del adulto durante la adolescência: las seis "CES": cálcio, colesterol, cigarrillos, cinturión de seruridad, cascos protetores y condones. Aldolescencia al día, **Washington D. C**.: OPS, 1998, 39-43.

SILBER. **Adolescência: prevenção e risco.** In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E.o V.a; LEAL, M. M. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

SILVA, Raquel Ribeiro, PEIXOTO, Ana; TELES, Ana; et al. Competências Clínicas de Comunicação. Porto: Greca – Artes Médicas, 2012.

SMAHEL, D. SUBRAHMANYAM, K. Adolescent sexuality on the internet: a developmental perspective. In: Saleh FM, Grudzinkas AJ, JUDGE, AM. **Adolescent sexual behavior in the digital age: considerations for clinicians, legal professionals and educators.** Nova York: Oxford University Press; 2014, p. 52-74.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Diretrizes.** FEBRASGO. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/adolescencia\_contra\_etica\_diretrizes.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/adolescencia\_contra\_etica\_diretrizes.pdf</a> . Acesso em: 10 de maio de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de Adolescência, 1998.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO – SPSP. **Site**. Disponível em: <www.spsp.org.br/>. 1999.

SOUZA, Patrícia Alves de; SUBTIL, Maria Cristina Mazzetti (Orgs.). **Reflexões, inovações e prática: Curso de Medicina da UNIPLAC.** Florianópolis: Tribo da Ilha, 2016.

SOUZA, R. P. O Adolescente do terceiro milênio. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1989.

STEPKE, F. L.; DRUMOND, J. G. F. **Fundamentos de uma antropologia bioética: o apropriado, o bom, o justo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

STRASBURGER, V.C.; DONNERSTEIN, E. Children and adolescents, and the media: health effects. **Ped. Clin. North Am**. 2012; 59 (3): 533-87.

SUBTIL, M. C.; SOUZA, P. A. **Reflexões, Inovações e Prática: Curso de Medicina da UNIPLAC.** Florianópolis: Tribo da Ilha, 2016. 160 p.

TAQUETTE, R. et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cad Saú Pública**. 2005 21(6): 1717-25.

TAQUETTE, R. Situações conflituosas no atendimento do adolescente. **Rev. Ado. Saú.**, Rio de Janeiro, v. 9 supl 1, p. 9-13, ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Adolescência e Saúde. **Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes.** Vol 7, n. 1, jan., 2010.

TIBERIO, Iolanda de Fátima Calvo; et al. **Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina.** São Paulo: Atheneu, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIPLAC. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNIPLAC.** Lages (SC): UNIPLAC, 2012.

VAN NESS; LYNCH (2000). Medicina de adolescentes. Lourenço, Queiroz, Leal. São Paulo: Barueri, 2015.

VITALLE, M. S. S.; MEDEIROS, E. H. G. R. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. Adolescência: Uma Abordagem Ambulatorial. Barueri – SP: Mendes, 2008.

WEINBERG, Cybelle (Org.). Adolescer no mundo atual. São Paulo: Sá, 2001.

WINNICOTT, D. W. A Criança e seu Mundo. Rio de janeiro, Ianh Editores, 1971.

ZEFERINO, Angélica Maria Bicudo; ZANOLLI, Maria de Lurdes; ANTONIO, Maria Ângela Reis de Góes Monteiro. Experiência da Atenção Integral à Saúde Individual e Familiar com Enfoque na Responsabilização, Vínculo Médico-Paciente, Ética e Profissionalismo no Currículo Médico Integrado. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, 36(1, Supl.2): 141-146; 2012.

### **ANEXOS**

### Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo
contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua
colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para
tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não
concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum
prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a
declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o
responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.
Eu,
endereço, portador da
Carteira de Identidade, RG, nascido(a) em/,
concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa
"IMPLICAÇÕES DA ANAMNESE SISTEMATIZADA NA FORMAÇÃO MÉDICA:
ATENDIMENTO MÉDICO DE ADOLESCENTES". Declaro que obtive todas as
informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por

- 1. O estudo se refere a percepção de acadêmicos do Curso de Medicina sobre anamnese sistêmica no atendimento de adolescentes e suas implicações para a formação médica.
- 2. A pesquisa é importante de ser realizada por tratar da anamnese como uma ferramenta instituída no oficio da medicina sendo fundamental para a compreensão da complexidade do atendimento integral ao adolescente.

- 3. A pesquisa será realizada com alunos formandos do Curso de Medicina 2017. A amostragem desta pesquisa obtida por acessibilidade ou por conveniência em que para Gil (2002) este tipo de amostragem é muito utilizada em estudos exploratórios ou qualitativos, dos quais não necessita de um importante grau de precisão. Nesta amostragem, o pesquisador escolhe os participantes os quais tem acesso. Para Minayo, (2004) a amostragem na pesquisa qualitativa não necessita de números para garantir sua representação busca entender o problema a ser investigado, possibilitando abranger este como um todo buscando as suas variáveis dimensões.
- 4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de uma roda de conversa com roteiro/questionário prévio e terá como participantes os convidados que aceitarem participar e o TCLE será devidamente assinado pelos mesmos.
- 5. Para isso a pesquisa será regida pelos procedimentos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Os riscos para esta pesquisa serão ínfimos implicará de um tempo para que o convidado possa integrar a roda de conversa com tema da pesquisa já delineado, em caso da proposta não ser compatível com os interesses do participante ele poderá desistir em qualquer momento. Caso ocorra algum desconforto ou problema o mesmo será encaminhado para o setor de psicologia da universidade para atendimento.
- 6. A pesquisa é importante de ser realizada pois coloca em discussão o instrumento da anamnese sistêmica no atendimento de adolescentes e suas implicações para a formação médica.
- 7. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar o(a) MARINA PATRICIO DE ARRUDA, responsável pela pesquisa no telefone 49 3251 1108 OU 049 3251 1115.
- 8. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem-estar físico.

9. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação

em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.

10. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta

pesquisa (currículo lattes TANIA MARIA SBEGHEN DE OLIVEIRA)

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o

que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal

participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma,

ficando uma em minha posse.

ges,		

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: MARINA PATRICIO DE ARRUDA
TANIA MARIA SBEGHEN DE OLIVEIRA

Endereço para contato: Secretaria de Mestrado da Uniplac Telefone para contato: 049 3251 1108 ou 049 3251 1115

E-mail: stricto@uniplaclages.edu.br

#### **CEP UNIPLAC**

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 – Bloco I - Sala 1226.

Bairro Universitário

Cep: 88.509-900, Lages-SC

(49) 3251-1086

Email: cep@uniplaclages.edu.br e cepuniplac@gmail.com

**Anexo II** – Roteiro para a Roda de Conversa sobre a Percepção dos Acadêmicos do Curso de Medicina sobre Anamnese Sistêmica no Atendimento de Adolescentes e suas Implicações para a Formação Médica

#### **Roteiro:**

- 1. Vocês já tinham conhecimento prévio sobre o atendimento hebiátrico na perspectiva sistêmica (pensamento ampliado, avaliação do adolescente, seu ambiente, e família);
- 2. No ambulatório de hebiatria o atendimento médico por meio da anamnese sistêmica acrescentou, mudou ou transformou sua percepção em relação aos adolescentes?
- 3. Em que aspecto a anamnese sistematizada ampliou suas possibilidades no atendimento ao adolescente?

Aspectos como escuta do paciente, contato com familiar, avaliação dos ambientes, outros. Quais? Nenhum?

- 4. Esse processo agregou habilidades à sua prática médica, em relação ao atendimento de adolescentes e jovens?
- 5. No processo de atendimento por meio da anamnese sistêmica, qual é a habilidade mais exigida? (escuta, capacidade de síntese, articulação verbal, compreensão)?
- 6. Qual a maior dificuldade encontrada ao longo do processo de anamnese sistêmica? E qual a implicação dessa orientação para a sua formação?
- 7. O que você sugere para a melhoria do processo de anamnese sistêmica?
- 8. O que avalia como ponto desnecessário à anamnese sistêmica?
- 9. O que mais você gostaria de dizer sobre a proposta vivenciada ao longo do processo de formação médica?

## **Anexo III** – Anamnese Sistêmica do Adolescente

=1=			
AMBULATÓRIO DE ADOLE	SCÊNCIA- U	NIPLAC – HISB	
PRONTUÁRIO - AMBULATO	ÓRIO ADOLE	ESCÊNCIA – UNIPL	AC - HISB
IDENTICACÃO			DATA:
Nome:			
RG:			
DN:		ID:	sexo:
Natural:	]	Est. Civil:	
Apelido:			
Endereço:			
Telefone:			
Email:			
Acompanhante:			
Contato:			
Filiação: pai:	id:	escolaridade:	ocupação:
Mãe:	id:	escolaridade:	ocupação:
MOTIVO CONSULTA – ADC	DLESCENTE:		
MOTIVO CONSULTA – ACC	)MPANHANT	TE:	
	•••••		
HDA:			

=2=

# - ENTREVISTA COM A FAMÍLIA -

- ENTREVISTA COM A FAMILIA -	
ANTECEDENTES PERI-NATAIS E OBSTÉTRICOS:	
Gestação;	
Pré-natal:	
Parto:	
DNPM:	
Controle esfíncteres:	
Visão: audição:	
ANTECEDENTES MÓRBIDOS:	
DPI:	
Internação:	
Intervenção cirúrgica:	
Acidentes:	
Outras patologias crônicas e intervenções clínicas:	
Antecedentes	
ginecológico\urológico:	
ANTECEDENTES VACINAIS:	
ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS:	
ANTECEDENTES FAMILIARES:	
Pais, irmãos, heredograma.	

=3=
Fumo:
Outras substâncias lícitas\ ilícitas:
D. Infecciosas: (TBC, hepatites, HIV, outras DSTs, etc)
Cardiopatias: HA:
Diabete:Obesidade:Epilepsia:Malformação congênita:
D. Mental: Suicídio\ tentativa:
Alergias: Acidentes:
Câncer: Outros: Judiciais:
Violência intrafamiliar:
ESTATURA DOS PAIS:
FORMAÇÃOFAMILIAR ATUAL:
ATIVIDADE PROFISSIONAL DA FAMÍLIA:
Atividades:
Local\ horário:
Situação financeira:
AMBIENTE FÍSICO:
Residência:peças;
Acomodações pessoais:
Saneamento:; energia:; água:
Animais:
Acesso: Transporte:
PERCEPÇÃO SOBRE A SUA FAMÍLIA:
Boa, regular, ruim; ou não tem relação com a família:

=4=

HÁBITOS DE VIDA:
ESCOLA: Local, turno, série, desempenho, transporte, alimentação, colegas, professores, grupo na escola, repetência, problemas, violência, abandono.
Outras atividades educativas:
Atividades contraturno período escolar:
Gosta estudar\escola :
Lazer:
GRUPO DE AMIGOS:
Melhor amigo\a.
Sono:
Atividade produtiva: (legal\ilegal)
Atividade física:
TV:Computador:
Celular:
CONTATO COM SUBSTÂNCIAS PSICO ATIVAS LÍCITAS \ ILÍCITAS:
MANUTENÇÃO FINANCEIRA\ EDUCAÇÃO:
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:
ALIMENTARES:

= 5 =

ANTECEDENTES PESSOAIS:
DESENVOLVIMENTO PUBERAL M\F:
Menarca:
Ciclo menstrual: DUM:
Dismenorreia:
Gestação\ aborto:
Ejaculação: polução noturna:
Ginecomastia:
O QUE VOCE PENSA SOBRE O TEU CORPO
AVALIA QUE SE CUIDA
SEXUALIDADE:
G
Sexarca:
Proteção \ anticoncepção:
Experiências:
Fontes de informação\ conversação:
PROJETO DE VIDA:
O QUE É BOM NA TUA VIDA
O OUE É DUIM
O QUE É RUIM
COMO VOCE AVALIA QUE ESTA A TUA SAÚDE:
ESTADO DE ÂNIMO:

# EXAME FÍSICO

P:	E:	•••••	ENVERO	JADURA:	•••••	••••
P. BRAQUIAL:		P. ABD: .		••••		
IMC:						
PA:	FC:	FR:		Γ:	•••••	
TANNER:						
ORQUIMETRIA:						
PELE \ FANEROS:						••••
CABECA\ PESCOÇO:						· • • • • •
			•••••	•••••		••••
TATUAGENS\ PIERCIN	S, ETC					· • • • •
CAV. ORAL:						· • • • •
TORAX:				•••••	•••••	••••
AC:						•••••
AR:	•••••					•••••
ABDOMEN:						••••
						••••
MEMBROS:						
COLUNA.						
COLUNA:						
GENITAIS:	•••••					

=7=
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA INTEGRAL:
PROGRAMACAO:
1)
2)
3)
4)
5)
URGÊNCIA:
PRIORIDADE:

AMBULATÓRIO DE ADOLESCÊNCIA – HISB-INTERNATO UNIPLAC- RESIDÊNCIA MÉDICA PEDIATRIA HISB. CONSULTAS DE EVOLUÇÃO

DATA:\
IDADE: ANOS MESES.
ACOMPANHANTE:
DUM: