

José Francisco de Albuquerque



**A CONSTRUÇÃO DO “SER MÉDICO” NO PROCESSO DE
REESTRUTURAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, NA
PERSPECTIVA DO EIXO HUMANÍSTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor.

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Ivanor Velloso Meira Lima

Co-orientadores: Profa. Dra. Janirza Cavalcante da Rocha Lima

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Recife

2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria
e Ciências do Comportamento

28ª DEFESA
DE TESE

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DO
DOUTORANDO JOSÉ FRANCISCO DE ALBUQUERQUE**

No dia 15 de março de 2011, às 9h, no Auditório Jorge Lobo do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Gisélia Alves Pontes da Silva, Doutora Professora do Departamento de Materno Infantil da Universidade Federal de Pernambuco; Ivanor Velloso Meira Lima, Doutor Professor do Departamento de Medicina Clínica Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Ana Bernarda Ludermir, Doutora Professora do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco; Murilo Duarte da Costa Lima, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco; Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o Doutorando, JOSÉ FRANCISCO DE ALBUQUERQUE sobre a sua Tese intitulada "A CONSTRUÇÃO DO SER MÉDICO, NO PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA UFPE, NA PERSPECTIVA DO EIXO HUMANÍSTICO" orientado pelo professor Dr. Ivanor Velloso Meira Lima. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do Doutorando, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª Drª. Giselia Alves Pontes da Silva

Prof. Dr. Ivanor Velloso Meira Lima

Profª. Drª Ana Bernarda Ludermir

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Profª Drª. Giselia Alves Pontes da Silva

Profª. Drª. Ana Bernarda Ludermir

APROVADO

APROVADO

APROVADO

Prof. Dr. Ivanor Velloso Meira Lima

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
Presidente da Banca



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
REITOR

Prof. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. José Thadeu Pinheiro

DIRETOR SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Prof. George da Silva Telles

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

Prof. Alex Caetano de Barros

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

COORDENADOR

Prof. Everton Botelho Sougey

VICE-COORDENADOR

Prof^a. Sandra Lopes de Souza

CORPO DOCENTE

Prof^a. Ângela Amâncio dos Santos
Prof^a. Belmira Lara da S. A. da Costa
Prof. Everton Botelho Sougey
Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva
Prof. Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho
Prof. João Ricardo Mendes de Oliveira
Prof. Lúcio Vilar Rabelo Filho
Prof. Luiz Ataíde Junior
Prof. Marcelo Cairão Araújo Rodrigues
Prof. Marcelo Moraes Valença
Prof^a. Maria Lúcia de Bustamente Simas
Prof^a. Maria Lúcia Gurgel da Costa
Prof. Murilo Costa Lima
Prof. Otávio Gomes Lins
Prof. Othon Coelho Bastos Filho
Prof^a. Patrícia Maria Albuquerque de Farias
Prof. Raul Manhães de Castro
Prof^a. Sandra Lopes de Souza
Prof^a. Sílvia Regina de Arruda Moraes

Nós, da 119ª. turma de medicina da Universidade Federal de Pernambuco, gostaríamos de convidá-lo oficialmente como paraninfo da nossa turma.

O senhor nos conheceu no nosso primeiro período, nas nossas primeiras aulas no Hospital das Clínicas. Enquanto estávamos ávidos por conhecimentos técnicos e científicos da medicina, nos ensinou sobre ética e humanização. Enquanto queríamos ouvir sobre doenças e órgãos, nos falou sobre pessoas. Dentre livros de bioquímica e fisiologia, nos fez ler o código de ética dos estudantes de medicina. Enquanto perdíamos horas estudando para provas sobre acidentes ósseos, nos ensinou o valor de uma autoavaliação. Já mais adiante no curso, nos reencontramos e compartilhamos experiências marcantes na nossa vida de estudantes de medicina. Insegurança, erros, bons e maus exemplos, experiências emocionantes. Mais uma vez aprendendo o que não cai em provas, o que não se lê nos livros. O senhor foi o primeiro a nos colocar no caminho certo para nos tornarmos médicos (e pessoas) melhores. Dentre tantos nomes para nossa turma, o escolhido foi “ Nada do que é humano me é alheio”. Escolhemos para nos representar uma frase que, ao nosso ver, tem muito a ver com tudo que o senhor nos ensinou.

Pela importante participação em nossa formação, pelas lutas por melhorias em nosso curso, pelos ensinamentos e discussões enriquecedoras, queremos que seja o senhor o nosso paraninfo na colação de grau, queremos o discurso de um professor empenhado em nos ensinar desde muito cedo as lições mais valiosas que pudemos aprender.

Ana Beatriz Sacerdote

Em nome da turma 119 de Medicina da UFPE.

Formatura 2011.1

“Nada do que é humano me é alheio”



DEDICATÓRIA

À minha mãe *Maria José*, pela pessoa que ela é.

A *Frederico*, pelo privilégio de tê-lo como filho.

Ao *Prof. Galdino Loreto* (in memoriam), modelo de
identificação pessoal e profissional.



AGRADECIMENTOS

Ao criador, pela vida.

Aos meus queridos alunos do Curso de Medicina da UFPE integrantes das turmas 118, 119, 120 e 121 pela seriedade, compromisso e respeito na participação dos módulos MERHU e DPP III, tornando viável a realização do presente estudo.

Aos meus queridos amigos e colegas Professores Mabel Cavalcanti e Murilo Costa Lima, com os quais tive o privilégio de compartilhar as atividades didáticas do módulo DPP III.

Ao meu orientador Prof. Ivanor Meira Lima, pela disponibilidade e gentileza no lidar com os limites do orientando para conciliar vida, compromissos docentes e pesquisa.

Aos meus co-orientadores Janirza Cavalcante e novamente Murilo Costa Lima, pela disponibilidade e especialmente pela amizade que nos aproxima ao longo dos anos.

À amiga Profa. Eldione Amorim, com quem tive o privilégio de iniciar a proposta que viabilizou MERHU.

À Profa. Eloine Alencar, pela maneira carinhosa com que me estimulou para a conclusão deste trabalho.

Ao Prof. Oscar Coutinho, Coordenador do Curso de Medicina da UFPE, pelo constante apoio na funcionalidade dos módulos em estudo e do NAEM.

Às Profas. Lourdes Perez, Clezilte Brasileiro e Jocelene Tenório pela oportunidade de refletir no NAEM muitas das questões que estão presentes neste estudo.

Ao Prof. Jansen Felipe da Silva, pela contribuição no início da construção do presente estudo.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria, cuja convivência constituiu uma fonte constante de aprendizado.



Albuquerque JF

À Juarez, secretário do Departamento de Neuropsiquiatria pela disponibilidade no atendimento às solicitações dos docentes e alunos.

À Solange secretária do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria pelo compromisso e eficiência no lidar com as questões dos alunos vinculados ao referido Programa.

Às gêmeas Márcia e Mércia pela eficiência, paciência e bom humor durante a formatação deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste estudo.



RESUMO

O presente estudo teve por objetivo, verificar em que medida, os módulos do Eixo Humanístico: Medicina, Ética e Relações Humanas (MERHU), no 1º. período e Desenvolvimento Pessoal e Profissional III (DPP III), no 7º. período, contribuem na *construção do ser médico*, no processo de reestruturação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, iniciado no ano de 2003. Foi realizada uma retrospectiva histórica do ensino médico no Brasil e do Curso de Medicina da UFPE, criado em 1920, registrando os seus modelos de ensino e as transformações que ocorreram ao longo do tempo. Trata-se de um *estudo de coorte prospectivo*, de um grupo de estudantes de medicina, com características semelhantes, com início no ano de 2005 e seguimento até o ano de 2009. É também *intervencionista*, tendo em vista que o autor foi responsável pela criação dos dois módulos e coparticipante de todo o processo, buscando empreender mudanças pertinentes à formação médica. Optou-se pelo uso de metodologia mista, *quanti-qualitativa*. Utilizou-se a estratégia *aninhada concomitante*, durante a qual, os dados foram coletados simultaneamente e foram reunidos, integrados na fase de análise do estudo. A amostra foi constituída por 279 estudantes, integrantes das quatro turmas (118, 119, 120 e 121), que iniciaram o curso em 2005.1, 2005.2, 2006.1 e no ano de 2006.2, respectivamente e cursaram o módulo Medicina, Ética e Relações Humanas (MERHU) no 1º período. Esses mesmos alunos, cursaram o módulo Desenvolvimento Pessoal e Profissional III (DPP III) no 7º. período, nos anos de 2008.1, 2008.2, 2009.1 e 2009.2, respectivamente. Os módulos se fundamentam numa educação centrada no aluno, buscando uma participação ativa dos mesmos em todo o processo. Foram utilizados os mesmos instrumentos de avaliação nos dois momentos (1º e 7º períodos), ou seja, a autoavaliação e a avaliação do módulo pelos alunos (questionário). Os relatos de vivências, referentes especificamente às questões éticas, envolvendo atitudes, foram utilizados apenas com os alunos do 7º período, considerando o momento do curso e a experiência dos mesmos. Os resultados evidenciaram uma população de estudantes, sem predomínio de gênero e em sua quase totalidade solteiros. Cerca de 55% dos alunos iniciou o curso com até 20 anos de idade. Quase a totalidade aprova a existência dos dois módulos nos dois momentos do curso. Foi ressaltada a contribuição dos módulos do ponto de vista emocional, especialmente pelos alunos no 1º. período, tendo como justificativas as dificuldades na adaptação ao curso e o quantitativo de módulos e avaliações. A maioria (95%) da amostra avaliou a relação professor-aluno com o conceito bom/excelente. A autoavaliação apresentou resultados animadores, com referência à frequência às aulas, participação, aprendizagem e a nota atribuída pelos alunos. Em torno de 80% da amostra avaliou o aprendizado nos módulos, como uma experiência para a vida e não só para a formação médica. Nos relatos de vivências no 7º período predominou ocorrências em serviços de emergência e maternidades, ressaltando características de atitudes/posturas percebidas como negativas no contexto da relação médico-paciente, além do registro das dificuldades enfrentadas pelos alunos em relação à supervisão nos estágios. Espera-se que os resultados desse estudo, pioneiro na abordagem da educação médica, através de um processo de caráter evolutivo, numa perspectiva inovadora em termos de metodologia de ensino, possam vir a contribuir para o aprimoramento do processo de reestruturação do Curso de Medicina da UFPE, assim como, possam oferecer subsídios para a implantação de novos cursos de Medicina no Estado de Pernambuco.

Palavras-chave: ser médico; ensino médico; eixo humanístico;



ABSTRACT

This present study has the objective of verifying in what measure the modules of the Humanist Axis: Medicine, Ethics and Human Relations (MERHU), in the 1st period and Personal and Professional Development III (DPP III), in the 7th period, contribute in the construction of *being a doctor*, in the restructuring process of the Medicine Course in the Federal University of Pernambuco, which began in 2003. A historical retrospective in the medical education in Brazil and the Medicine Course of the UFPE was carried out, the latter created in 1920, registering the models of education and the transformations that have occurred over time. This is a *cohort prospective study*, which belongs to a group of medicine students, with similar characteristics, which started in 2005 until 2009. It is also *interventionist*, since the author was responsible by the creation of both models and co-participant of the entire process, in order to undertake changes related to the medical formation. The mixed methodology was chosen, *quantitative and qualitative*. The *concurrent nested strategy* was used, while the data were simultaneously collected and were reunited, integrated in the phase of the study analysis. The sample was constituted by 279 students, members of the four classes (118,119,120 e 121), which started the course in 2005.1, 2005.2, 2006.1 and in 2006.2, respectively, and attended the Medicine, Ethics and Human Relations module (MERHU) in the 1st period. These same students attended the Personal and Professional Development III module (DPP III) in the 7th period, in 2008.1, 2008.2, 2009.1 and 2009.2, respectively. The modules are based in an education focused on the student, searching for an active participation in the entire process. The same evaluation instruments were used in both moments (1st and 7th periods), that is, the self-evaluation and the evaluation of the module by the students (questionnaire). The reports of experience, specially related to ethical issues, involving attitudes, were used only with students of the 7th period, considering the moment of the course and their experience. The results showed a population of students, without gender predominance and almost all of them singles. Around 55% of the students began the course with up to 20 years old. Nearly all of them approve the existence of the two modules in both moments of the course. The contribution of modules related to emotions was highlighted, especially by the students of the 1st period, with the justification of difficulties in the adaptation to the course and the amount of modules and evaluations. Most of the sample (95%) evaluated the relationship between professor and student with the concept good/excellent. The self-evaluation presented encouraging results, referring to assiduity, participation, learning and the grade attributed by the students. Approximately 80% of the sample evaluated learning in modules, like an experience for life and not only for the medical formation. In the experience reports in the 7th period, the predominant occurrences were about emergency services and maternity wards, highlighting characteristics of attitudes/postures negatively perceived in the context of the doctor-patient relationship, besides the register of difficulties faced by the students in relation to the stage supervision. It is expected that the results of this study, which is the pioneer in the medical education issue, through the process of evolutional character, in a new perspective in terms of learning methodology, may contribute for the betterment of the restructuring process of the Medicine Course of the UFPE, as they also may offer subsidies for the implantation of new courses of Medicine in Pernambuco.

Key words: being a doctor; medical education; humanist axis



LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

Tabela 1.	Distribuição de frequência de variáveis sócio demográficas da amostra e das respostas obtidas nos questionários de avaliação dos módulos aplicados no 1º e no 7º períodos.....	58
Tabela 2.	Resultados obtidos com os estudantes do sexo feminino nos módulos MERHU e DPP-III.....	61
Tabela 3.	Resultados obtidos com os estudantes do sexo masculino nos módulos MERHU e DPP-III.....	62
Tabela 4.	Resultados obtidos com os questionários aplicados no 1º e no 7º período, divididos por faixas etárias.....	63
Quadro 1.	Autoavaliação dos alunos em MERHU, analisando a frequência às aulas. (2005-2006).....	71
Quadro 2.	Autoavaliação dos alunos em DPP III, analisando a frequência às aulas. (2008-2009).....	71
Quadro 3.	Autoavaliação dos alunos em MERHU, analisando a participação nas aulas. (2005-2006).....	73
Quadro 4.	Autoavaliação dos alunos em DPP III, analisando a participação nas aulas. (2008-2009).....	73
Quadro 5	Autoavaliação dos alunos em MERHU, analisando a aprendizagem. (2005-2006).....	74
Quadro 6.	Autoavaliação dos alunos em DPP III, analisando a aprendizagem. (2008-2009).....	76
Quadro 7.	Autoavaliação dos alunos em MERHU, analisando a nota atribuída. (2005-2006).....	79
Quadro 8.	Autoavaliação dos alunos em DPP III, analisando a nota atribuída. (2008-2009).....	81



Gráfico 1.	Distribuição dos percentuais de alunos investigados no 1º e no 7º período por sexo.....	59
Gráfico 2.	Distribuição dos percentuais de alunos binvestigados no 1º e no 7º período pelo estado civil.....	59
Gráfico 3.	Distribuição dos percentuais de alunos binvestigados no 1º e no 7º período por faixa etária	60
Gráfico 4.	Distribuição do percentual de respostas da “questão 4” entre os alunos de 20 anos ou menos de MERHU; os alunos entre 21 e 25 anos de DPP III e os alunos com mais de 25 anos de DPP III.....	66
Gráfico 5.	Distribuição do percentual de respostas obtidas no 1º. 1 no 7º. Período, na “questão 5” que se refere à relação entre o professor e o aluno.....	68



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
DPP III	Desenvolvimento Pessoal e Profissional III
F	feminino
M	masculino
MERHU	Medicina, Ética e Relações Humanas
NUPED	Núcleo Pedagógico Reestruturador do Curso
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas
PROMED	Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina
PSF	Programas de Saúde da Família
SIGA	Sistema de Informações e Gestão Acadêmica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I.....	18
Fundamentação Teórica.....	18
CAPÍTULO II.....	29
A Formação do Médico ao Longo da História.....	29
2.1 O início de ensino médico.....	30
2.2 O ensino da medicina na idade média.....	31
2.3 A medicina do renascimento.....	31
2.4 A medicina no Brasil no século XVI.....	32
2.5 O ensino médico no Brasil.....	33
2.6 O modelo de ensino médico no Brasil.....	34
CAPÍTULO III.....	38
O Processo de Inovação Pedagógica na Reestruturação do Curso de Medicina da UFPE.....	38
3.1 O Curso de Medicina da UFPE.....	39
3.2 O processo de reestruturação do Curso de Medicina da UFPE.....	40
3.3 O processo de implantação do módulo MERHU.....	42
3.4 A implantação do módulo DPP III.....	44
CAPÍTULO IV.....	49
Procedimentos Metodológicos.....	49
4.1 Área e população de estudo.....	50
4.2 Desenho do estudo.....	50
4.3 Instrumentos de pesquisa.....	51
4.3.1 Questionário de avaliação do módulo.....	51
4.3.2 Elenco de variáveis.....	51
4.4 Autoavaliação.....	52
4.5 Relato de vivências (utilizado apenas em DPP III).....	53
4.6 Plano de descrição e análise.....	54
4.7 Considerações éticas.....	55
CAPÍTULO IV.....	56
Análise Quantitativa.....	56
5.1 Análise quantitativa dos resultados obtidos nos questionários de avaliação dos módulos pelos alunos.....	57
5.2 Universo amostral.....	57
5.3 Características demográficas.....	59
5.4 Resultados obtidos com os questionários.....	64



CAPÍTULO VI.....	69
Análise Qualitativa.....	69
6.1 Autoavaliação realizada pelos alunos.....	70
6.2 Relatos de vivências dos alunos.....	85
6.2.1 Hospitais que atendem emergências.....	87
6.2.2 Maternidades.....	92
6.2.3 Ambulatórios especializados.....	98
6.2.4 Enfermarias.....	102
6.2.5 Unidades de Terapia Intensiva.....	107
6.2.6 Consultórios.....	110
6.2.7 Postos de Saúde.....	113
CAPÍTULO VII.....	119
CAPÍTULO VIII.....	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
ANEXOS.....	131



INTRODUÇÃO



O ensino médico no Brasil, nos seus quase duzentos anos de existência, registra no seu histórico uma tendência à priorização dos aspectos cognitivos nas metodologias de ensino, especialmente no que se refere aos processos avaliativos da aprendizagem dos alunos. Esse modelo, considerado tradicional ou *flexneriano*, centrado no professor, ainda é a base do ensino de vários cursos de medicina em nosso país, resistindo às mudanças exigidas pela sociedade contemporânea, em constante transformação (LAMPERT,2009).

Ao longo do tempo, houve carência na sistematização referente ao ensino dos chamados conteúdos subjetivos, envolvendo os aspectos relacionados às atitudes dos médicos nas relações estabelecidas com seus pacientes, incluindo os componentes éticos. Frequentemente, esse conteúdo, esteve sob a responsabilidade da disciplina de Psicologia Médica, quando existia, ou habitualmente da disciplina de Psiquiatria, com enfoque tendente à priorização dos aspectos clínicos. Acrescente-se a esses fatos, os limites existentes na integração desse conteúdo com o currículo do curso em geral (LORETO, 1978)

Considerando as afirmativas acima, a formação do médico se constitui em campo de estudos cuja abrangência é justificada pelas novas exigências resultantes da evolução tecnológica e sociocultural da sociedade (SCHRAIBER, 2009).

O Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco passa por um processo de reestruturação a partir de uma profunda reformulação no seu modelo pedagógico, no qual a estrutura disciplinar foi substituída por uma sistemática fundamentada no sistema de módulos e áreas de conhecimento, em busca de um ensino integrado que possa propiciar ao estudante uma maior compreensão das questões que envolvem o processo saúde e doença e o ambiente, considerando o contexto no qual os indivíduos estão inseridos (UFPE,2006).

O presente estudo inserido nessa temática, buscou avaliar a pertinência de dois módulos do Eixo Humanístico: Medicina, Ética e Relações Humanas (MERHU) do primeiro período do curso e o módulo Desenvolvimento Pessoal e Profissional III (DPP III) do sétimo período, após oito anos de implantação dos mesmos, na vigência do processo de reestruturação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Esses módulos são constituídos por uma proposta inovadora, que tem como características: o estímulo à participação ativa do aluno em todo o processo de ensino/aprendizagem; uma sistemática de avaliação diversificada, contando com múltiplos recursos; a valorização da relação professor/aluno e um conteúdo que visa facilitar a adaptação do aluno ao curso, além de realçar os aspectos éticos e humanísticos da prática médica.

A motivação para a viabilização do estudo esteve vinculada à experiência do pesquisador como docente do Departamento de Neuropsiquiatria, em atuação no Curso de



Albuquerque JF

Medicina há três décadas e pelo fato do mesmo ter sido o responsável pela implantação e coordenação dos dois módulos citados.

A intenção norteadora foi verificar em que medida esses módulos do Eixo Humanístico contribuem na construção do *ser médico*, no processo de reestruturação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.

Nos seus objetivos, buscou-se: conhecer as características demográficas da população de estudantes constituintes da amostra; verificar a receptividade ao conteúdo e metodologia de ensino; descrever a avaliação como produtora de dados e como fonte de aprendizagem; verificar a pertinência do uso da autoavaliação como recurso didático; analisar a repercussão dos módulos no contexto emocional dos alunos; conhecer a maneira como os alunos lidam com a realidade existente na rede de saúde, através dos seus relatos de vivências e verificar a importância da relação professor/aluno no processo de ensino/aprendizagem.

A partir dos objetivos descritos, espera-se que os resultados possam contribuir, através de proposições, para subsidiar o aprimoramento dos módulos em estudo, assim como o processo de reestruturação do curso, em andamento.



Capítulo I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



O presente estudo, tendo como proposta estudar a construção do *ser médico*, necessita partir de um questionamento: o *que é ser?* Uma primeira resposta à questão refere *ser* como ter uma identidade característica, ter uma propriedade intrínseca ou apresentar-se como (Houaiss,2010).

A identidade pode ser compreendida como a “*propriedade do indivíduo, independentemente das circunstâncias e de pressões, manter-se basicamente o mesmo e, portanto, é a expressão do que de fato ele é*”. A palavra vem de *idem*, que quer dizer *o mesmo*. Identidade seria, portanto, a expressão do que de fato o indivíduo é nas diversas situações (ZIMMERMAN, 1992).

A identidade tem dimensões que a fundamentam e impregnam de significado, tais como: nome, formação, naturalidade e profissão, categorias fundadas no biológico e no social. Nesse raciocínio, o conceito de identidade envolve certo grau de complexidade, tendo em vista perpassar áreas de conhecimento como a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, e a Filosofia, entre outras. Dessa maneira, o contexto social fornece as condições para os variados modos e alternativas de identidade (HOIRISH,1992).

A identidade individual, expressa de certa maneira, uma singularidade construída nas interrelações. Esse raciocínio pode ser aplicado à identidade profissional em geral. Ao perguntarmos *quem somos?* Como resposta, não basta a referência ao nome, para expressar a nossa identidade. Necessitamos de agregar outros componentes, ao referirmos nosso nome, a nossa filiação e também o trabalho que desenvolvemos, ou seja, a interação dos vários papéis que o sujeito representa em seu meio social. Evidentemente, esse sujeito não nasce representando vários papéis, ele os assume no decorrer do seu desenvolvimento, à medida que se relaciona com o seu meio social. Acrescente-se que não é simples a explicação de todo esse processo de desenvolvimento, pois a formação da identidade é muito ampla e está relacionada a diferentes concepções, pautadas em diferentes abordagens epistemológicas e nas diferentes compreensões sobre o ser humano (BANDUK,2009).

Na abordagem sociológica das profissões, ressalta-se que o processo de profissionalização é uma conquista de um grupo social. Define-se profissão como uma ocupação com prestígio e poder especial. Difere da ocupação, em razão de chegar a adquirir, por meios políticos, culturais e ideológicos, extraordinária autoridade cognitiva e normativa.

A expressão da autoridade cognitiva seria construída através da formação institucionalizada, conhecimento específico, linguagem própria e da resolução efetiva dos problemas que a sociedade demanda. No caso da autoridade normativa, da capacidade de se autodisciplinar e cumprir espontaneamente a regulação de conduta. Essas características, uma



vez adquiridas, garantiriam a autonomia e conseqüentemente, o reconhecimento da identidade do profissional pela sociedade (PEREIRA NETO, 2000)

No que se refere à identidade do médico, foi na Idade Média que ocorreu a criação do título de doutor (médico). Com o título, surgiu também, o *status* no contexto social. No século XV, surgiram leis que regulamentaram o exercício da medicina, criando currículos, exames e concessão do grau. Surgiu então, o papel social do médico, com estabilidade e proteção para desenvolver métodos e técnicas para combater doenças. Desde então, foi das profissões que provocou mais idealizações : qualidades de altruísmo, mentalidade de pesquisador e poder sobre a vida e sobre a morte. Esses atributos passaram comumente a ser associados a esse papel (HOIRISH,1992).

Seguindo esse raciocínio, estudar a construção do “ser médico”, caracteriza um tema extremamente amplo, envolvendo uma diversidade de aspectos, tendo em vista as relações históricas da Medicina, agregando a Psicologia, a Etnografia, a Antropologia , a Demografia, a Engenharia Biológica, a Física Molecular, a Filosofia, as Ciências Espaciais entre outras (MILLAN,1999).

É oportuno para a compreensão do *ser médico*, realçar o pensamento existencialista de Heidegger, como um dos maiores pensadores da condição do ser humano no mundo contemporâneo. O conceito de *ser no mundo*, de certa forma fundamentou-se em Husserl, através da sua concepção de consciência como intencionalidade. Entenda-se consciência como uma preocupação com o *estar no mundo* (Dasein). Essa condição de preocupação do *ser* capacita o próprio *ser* a preocupar-se também, com o *ser* dos outros (MARTINS, 2006; CASANOVA, 2010).

No pensamento ontológico de Heidegger é abordada a ligação entre a sabedoria prática, a sabedoria em si e a forma de vida do homem. Comparando a sabedoria prática e a sabedoria propriamente dita, Heidegger toma como exemplo a medicina. O homem sábio em termos práticos, é aquele que em função de sua experiência como médico, sabe identificar a doença e agir da melhor maneira para conseguir a cura. Dessa forma, o médico possuiria uma sabedoria prática, que adquiriu no exercício da medicina e que se manifesta por meio das suas ações. Agindo como age, ele encontra a melhor maneira de respeitar o que é exigido pela situação, de modo prudente.

Em relação à sabedoria propriamente dita, ela também depende de se assumir uma determinada postura e do estabelecimento de um modo específico de viver. A postura teórica, enquanto determinante da sabedoria, é um modo de ser do homem, uma das suas possibilidades de ser.



A diferença primordial entre a sabedoria prática e a teórica, é que a primeira depende da ação para produzir aquilo a que se destina, sendo regida por fins. A sabedoria teórica por sua vez, não tem uma meta adicional, ela é realizada plenamente enquanto tal, pelo homem que vive nela (CASANOVA, 2010).

Refletir um processo de construção significa a percepção dos inúmeros fatores relacionados a esse percurso. Considerando a questão da formação médica, essa construção engloba também os estudos sociológicos das profissões de saúde, em especial dos médicos, com suas transformações sociohistóricas da finalidade da prática médica, através das mudanças do produto que visa a sua intervenção. Tal reflexão conduz a muitos questionamentos em relação à atuação do médico, essencialmente tomando por base o altruísmo humanitário (SCHRAIBER, 2008).

A formação médica, considerando a sua amplitude, passa também, por várias reflexões que se iniciam nas questões referentes à escolha da profissão. *O que faz alguém escolher medicina?* Esse é um ponto de partida refletido por muitos estudiosos da psicologia médica, (JEAMMET, 1982; LORETO, 1995; MILLAN, 2005, entre outros), ao referirem as chamadas motivações conscientes, habitualmente relacionadas à representação social da profissão, o ato de ajudar o próximo; trabalhar com pessoas; ter prestígio; independência financeira; fascínio pela profissão, entre outras motivações. Por outro lado, ao serem abordadas as motivações inconscientes para a escolha profissional, destacam-se os aspectos instintivos infantis e os conflitos, que se bem elaborados, podem conduzir o médico a ter características satisfatórias e quando isso não ocorre, podem ser criadas grandes dificuldades para os mesmos exercerem sua profissão. Ressalte-se que alguns pontos necessitam ser aprofundados, entre os quais, podem ser citados: a identificação com o pai médico, quando exitosa, fazendo o indivíduo seguir os passos do mesmo. Se conflituosa pode representar dificuldades edípicas ou tentativas de negar experiências de medo do pai, identificando-se com o agressor.

Na questão do narcisismo ou onipotência, a vaidade não permite ver os limites profissionais, com riscos de colocar o seu sucesso pessoal acima das necessidades do paciente. A curiosidade infantil quanto aos genitais, quando resolvida por sublimação evolui para uma curiosidade científica e quando insatisfatória, pode conduzir a dificuldades do médico ao explorar a vida emocional e sexual do paciente. A compaixão e o desejo de curar o próximo podem ter origem no sentimento de culpa, provocado por impulsos agressivos e destrutivos (MILLAN, 2005).

Quando os processos de sublimação e reparação são ineficazes, o médico não é capaz de controlar seus impulsos agressivos e seus pacientes tornam-se vítimas. A atitude contrafóbica

diante da morte constitui uma motivação importante para a escolha da profissão. Diante da morte de um paciente, vários mecanismos de defesa estão envolvidos, como proteção: a frieza; a indiferença científica; o isolamento dos afetos; a negação; a projeção e a escolha da especialidade (JEAMMET, 1982).

Nesse contexto das motivações inconscientes, ressalte-se a importância de pensar acerca das características de personalidade do médico, tendo a relação médico-paciente como um alvo que necessita ser pensado continuamente. Nesse sentido, Balint no seu clássico “O médico, o paciente e a doença” (1975), afirmou que a droga mais frequentemente utilizada era o próprio médico, ressaltando que não importavam apenas o “frasco de remédios ou a caixa de pílulas”, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente. Em suma, toda a atmosfera na qual a substância é administrada e recebida. Acrescentava não existir nenhum tipo de farmacologia a respeito de tão importante substância e que nenhum manual explicitava detalhes referentes à dosagem e a apresentação do produto. Realçava ainda, a importância de se perceber os possíveis riscos desse medicamento, nos diferentes pacientes e os seus respectivos efeitos colaterais.

As afirmativas de Balint constituíram a base para o aprofundamento dos estudos da relação médico-paciente por vários autores, entre outros (PERESTRELLO, 1974; LORETO, 1978; ZIMMERMAN, 2005; MILLAN, 2005).

As reflexões acerca dos vários contextos da relação entre o médico e o paciente, partem da percepção de ser uma relação de desigualdade em essência, por envolver uma solicitação de um indivíduo que sofre, em direção a um outro que dispõe de um saber. Nesse sentido, ressalte-se a importância do médico ter consciência desse fato, em benefício do paciente e do aprimoramento da sua prática. Essa relação está envolvida por expectativas e esperanças mútuas. Se por um lado, o paciente espera alívio e se possível, a cura. Por outro lado, o médico espera o reconhecimento do seu paciente e a verificação do seu poder, em termos de atender às necessidades do outro (JEAMMET, 1982).

É necessária a percepção do fato da relação médico-paciente ter o corpo como objeto e a palavra ser frequentemente uma intermediária desse encontro. Ela poderá trazer alívio para o corpo, das mais diversas maneiras: o conforto de exteriorizar o que sente; uma expressão que pode significar compreensão, a atitude correta em um momento necessário. Contrariamente, essa mesma palavra, pode ferir, representando inúmeros outros desmembramentos negativos para o paciente (BALINT, 1975).

Através da psicanálise temos acesso aos conceitos de *transferência* e *contratransferência*. A *transferência* significando os sentimentos do paciente em relação a



quem o atende, representando em grande parte imagens preestabelecidas, vividas ou fantasiadas, com alguém importante na sua infância: mãe, pai, um parente, enfim, alguém com um significado especial para o paciente. Quando o médico preenche as expectativas do seu paciente, ocorre uma transferência positiva, repercutindo na relação, através de sentimentos de simpatia e confiança fundamentais ao desenrolar do tratamento. Em contrapartida, a transferência negativa, ocorreria quando o paciente encontra no médico as imagens vistas como más, gerando desconforto, antipatia, desconfiança. Tal situação, evidentemente produz interferências negativas na condução da terapêutica (JEAMMET, 1982).

Outra noção buscada na psicanálise é a de contratransferência, representando os sentimentos ou movimentos afetivos do médico em relação ao seu paciente, a partir de imagens preestabelecidas do paciente, misturando reações afetivas à personalidade do doente, à idade, sexo, situação social ou comportamento. Surgem reações afetivas à imagem interiorizada pelo médico sobre o paciente ideal. Tal situação interfere na postura de neutralidade do médico, favorecendo ou não a sua identificação com o paciente.

Considerando tais ocorrências, é fácil compreender que à semelhança da transferência, a contratransferência pode ser positiva, quando há uma identificação com o paciente, considerando alguns fatores pessoais, tais como: o estado de ânimo; situação conjugal e social, enfim, fatores que poderão ser facilitadores. Em outro contexto, poderá ser negativa e em grande parte podem ser manifestadas por atitudes que ocultarão alguma rejeição ou mesmo agressividade inconsciente, tais como: o não poder ouvir o paciente, por não dispor de tempo; atos falhos manifestados nos erros de prescrição ou esquecimento do próprio doente; utilização de várias terminologias, entre as quais “é nervoso”, transparecendo certo julgamento, crítica em relação às atitudes do paciente ou algumas ameaças de encaminhar a um psiquiatra ou indicar uma hospitalização, ou a própria rejeição de um paciente, cujas características, história de vida ou outros aspectos remetem a conflitos vivenciados pelo médico (ZASLAVSKY, 2006).

Esse contexto no qual o médico é guiado pela abordagem científico-natural, não consegue ouvir, por vezes, os relatos dos pacientes, por achar que não teriam importância objetiva em relação a um possível interesse diagnóstico. Tal atitude conduz a tipos de entrevista essencialmente dirigida a uma parte que interessa e não necessariamente ao indivíduo como um todo. Esse é um modelo de uma formação médica onde o recém-formado por vezes, conclui o seu curso sem ter a ideia de que o paciente é um ser humano, à sua semelhança. Ressalte-se a possibilidade do médico se colocar no lugar do outro, podendo



assim estabelecer uma convivência significativa para o caminhar da compreensão desse outro, no contexto mais amplo possível, caracterizando a chamada *relação transpessoal* (PERESTRELLO, 1974)

É importante que o médico compreenda que efetivamente a vida interior do “outro”, só é percebida quando podemos nos remeter para “dentro da pele” dele, vivermos nós mesmos, por identificação o que ele tenta descrever e depois, num segundo momento, captá-lo graças a uma tomada de distância objetivizante. Importante também, que no conteúdo de uma mensagem, o paciente sinta que o médico é cuidadoso na forma como passa a mesma. Sentindo carinho, na forma, compreensão, compromisso, o paciente sente-se mais seguro para absorver, mesmo notícias mais preocupantes (HAYNAL, 2005)

Loreto (1978), na sua vasta experiência como docente do Curso de Medicina da UFPE, seguindo a mesma linha de raciocínio descrita acima, aborda a formação psicoterápica do estudante de medicina, enfatizando a necessidade de ser percebido que em todo paciente que busca cuidados médicos, é importante considerar dois aspectos distintos, porém, indissociáveis: por um lado um desconforto causando sofrimento e do outro uma personalidade que reage das mais diversas formas a esse desconforto. Destaca que uma objetividade técnico-científica é necessária para o diagnóstico e tratamento da manifestação orgânica. Porém, para compreender e ajudar a personalidade que sofre, é fundamental que se estabeleça uma relação qualitativa entre os dois indivíduos. Enfatiza ainda, que no preenchimento dos requisitos para a primeira abordagem, é fundamental o conhecimento cognitivo, fruto do aprendizado acumulado ao longo da formação médica. Em se tratando do atendimento da pessoa doente, implica numa reformulação de atitude, ou lembrando Ballint, numa mudança mesmo que seja limitada, mas considerável da personalidade do médico.

Na abordagem das relações dos médicos com os pacientes e com o saber, construídas na medicina liberal, registra-se que as mesmas, passaram por grandes transformações na medicina tecnológica, gerando as chamadas *rupturas interativas*, envolvendo também as suas relações com os colegas e com outros profissionais de saúde. Essas verificações podem ser feitas a partir das trajetórias de médicos formados na década de 1980, analisando a questão a partir de referenciais das ciências humanas, combinados às da própria prática da medicina. É possível examinar o trabalho médico como parte da vida em sociedade, ou seja, buscar através de fatos médicos observar situações de vida social. Pode-se distinguir analiticamente a medicina como *saber*, da medicina como *trabalho*, em busca de estabelecer uma dialética interativa entre esses contextos, em população constituída por médicos da década de 1980, envolvidos num trabalho onde a medicina liberal já não era hegemônica e os consultórios

particulares enfraquecidos pela realidade vigente, gerando comprometimento na autonomia profissional e desconforto dos médicos. Analisando-se a realidade de hoje, evidencia-se claramente a perda da autonomia mercantil, a ampliação do assalariamento, o aumento dos conflitos institucionais acerca do controle da clientela e das condições de trabalho. Ressalte-se como um grande desafio para o médico, a associação da ultraespecialização, à funcionalidade do consultório-empresa, do trabalho associativo e o lidar com o excesso de informações especializadas. Tal diversidade de contextos, promove transformações importantes nas relações entre os indivíduos, que conseqüentemente passam a vivenciar a chamada crise de confiança, característico da medicina tecnológica (SCHRAIBER, 2008).

Seguindo os parâmetros citados, o *ser médico*, no contexto tecnológico, está possivelmente relacionado a uma multiplicidade de significados ligados à diversidade de situações de trabalho. Esse contexto representa além de uma diversidade de práticas, uma hierarquia de valores na profissão e aspectos do *ser médico* na medicina contemporânea. Entende-se que *ser médico* nos dias de hoje, é um grande desafio, que depende de engrenagens tanto institucionais, quanto mercantis. Nesse raciocínio, pressupõe-se que *ser médico* é aprender a ser só e também a estar com os outros, em condições de compartilhar, associar-se com outros indivíduos e possivelmente com outros recursos que ultrapassam seu próprio conhecimento e habilidade (SCHRAIBER, 2008).

Constata-se que os médicos da atualidade, contam com pacientes mais informados e inclusive conhecedores do seu direito de reivindicar responsabilidade diante de possíveis erros. Na prática vivida, já é comum o medo de errar e ser processado. Tal situação gera por vezes, um aumento da solicitação de exames, que deixam de ser complementares, como ocorria na medicina tradicional, onde os conhecimentos clínicos predominavam e muitos exames não existiam. Essa solicitação de exames em excesso, pode ser interpretada de várias maneiras, seja pelo tempo reduzido para atender a inúmeros pacientes e atingir uma produtividade, seja de forma defensiva, em busca de se documentar ante a possibilidade de um erro e um possível processo. Acrescente-se ao exposto, a necessidade que o médico tem hoje, de uma atualização permanente, tendo em vista a velocidade dos novos conhecimentos, ante o avanço da ciência (REGO, 2003; SCHRAIBER, 2008).

Diante das características do *ser médico* na atualidade, torna-se evidente perceber que a formação e o ensinar a *ser médico* constituem um grande desafio para as instituições de ensino, para os docentes e para a sociedade.

O ensinar pode caracterizar um processo de mudança, com o estímulo a novos comportamentos, ao mesmo tempo em que pode ser um processo de conservação e



reprodução do comportamento socialmente aceito. Ensinar pode ser um instrumento de formação do cidadão, de libertação do homem, de desenvolvimento de atitude crítica e de postura democrática. Porém, em muitos casos, é meio de consolidação de privilégios, de domínio de uns sobre outros. Um dos aspectos da qualidade do ensinar e do educar pode ser explicitado como a capacidade de perceber valores relevantes para as pessoas nas relações entre si e na organização das instituições. É poder discernir percebendo o indivíduo, a relação dos valores com as atitudes, os interesses, os sentimentos, as crenças e as ideias (PAVIANI, 2010).

Nesse contexto do *ensinar a ser médico*, deve ser ressaltada a importância dos modelos de ensino, da formação dos professores, da qualidade da relação professor-aluno, da valorização de conteúdos subjetivos no currículo médico, assim como as reflexões permanentes ao longo do curso, envolvendo a ética, a atitude e a qualidade da relação estabelecida com o paciente (LORETO, 1978; BOULOS, 1998; ARRUDA, 1998; GONÇALVES, 1998; MILLAN, 2005; ZIMMERMAN, 2005; SCHRAIBER, 2008)

Para entender as prioridades em relação à formação dos professores da área médica, faz-se necessário ponderar sobre as questões que relacionam a personalidade do professor e o trabalho docente em geral. Pensar na formação do professor significa oferecer condições para que ele mesmo reflita sobre o modo pelo qual se forma. A formação deveria, acima de tudo, estimular estratégias de autoformação, ou seja, promover o processo de *aprender a aprender*. Ao se estimular nos professores, estratégias de autoformação, pressupõe-se um processo de generalização pelo qual essa premissa se estende também aos seus alunos. Tal raciocínio conduz a pensar na necessidade de formação dos chamados *professores reflexivos* de sua própria prática. Reflexivos em vários níveis, ou instâncias: em relação à análise dos procedimentos adotados, passíveis de observação direta ou indireta; em relação ao conhecimento prático, do que foi realizado e o que se pretende realizar e das considerações éticas, implicando uma análise política da sua própria prática, com uma consciência crítica, em condições de analisar suas possibilidades de ação e as restrições de natureza social, cultural e ideológica do sistema educativo (MARTINS, 2007).

Importante destacar que a sociedade contemporânea passa por um processo de profundas e aceleradas mudanças, que se manifestam através de novas exigências para aqueles que desempenham a atividade docente. Diante de um possível despreparo dos professores para enfrentar essas mudanças, surge o desconforto nesses profissionais, chamado de *mal estar docente* onde estão incluídos a percepção de uma certa desvalorização social e salarial, comprometimento das condições de trabalho, de maneira ampla, representada pelos

conflitos na relação com o aluno, especialmente por não encontrar novos modelos, mais justos e participativos, na construção da convivência e da disciplina (MARTINS, 2007).

Esse *mal estar docente*, conduz os professores a diferentes reações, ou seja: um grupo aceitaria as mudanças propostas e sua reação é positiva no sentido de adaptação; outro grupo, encontra dificuldades em enfrentar as mudanças, assumindo uma atitude de inibição e continuam fazendo o que sempre fizeram; outro grupo vivencia sentimentos contraditórios, percebendo por um lado que a mudança pode ser um progresso, porém, mantem-se reticentes por não acreditarem na possibilidade da mudança em si; o último grupo, assume um comportamento de rejeição ante o sentimento de medo da mudança, vivendo o ensino com ansiedade, desconforto, ante as novas exigências, percebidas como ameaçadoras à sua funcionalidade, em termos de ensino ou das relações com os alunos. A sua verbalização habitual, é de um discurso idealizado ante condições que lhe devem ser oferecidas ou que gostariam de fazer (MARTINS, 2007).

As ideias referidas podem permitir uma compreensão acerca das atitudes de alguns docentes manifestadas em relação ao processo de reestruturação do Curso de Medicina da UFPE.

Considerando a realidade existente entre nós, na UFPE, no que diz respeito à formação dos professores da área médica, apesar da não existência de estudos específicos, é de conhecimento geral, que um número expressivo de docentes, possivelmente nunca participou de qualquer treinamento em didática de ensino, e como consequência, prioriza o ensino da sua experiência técnica como especialista e da maneira que se acha capaz de fazê-lo. Por sua vez, institucionalmente, as regras estabelecidas nos concursos para a docência, tendem a hipertrofiar a valorização apenas do conhecimento técnico, cuja importância é inquestionável, sem valorizar necessariamente a capacidade do docente se relacionar com os alunos, de se expressar adequadamente, para desenvolver uma ação de ensino planejada, com objetivos e com possibilidade de ser avaliada, como um processo dinâmico.

Ainda acerca da importância formação do docente da área médica, ressalte-se como fundamental, a existência de uma postura ética nos atendimentos, para que os alunos assimilem por identificação, a maneira como o orientador examina o paciente, ouve e respeita como pessoa, independentemente da sua especialidade. Considere-se que ainda há uma tendência a um número importante de professores expressarem para os seus alunos, apenas a valorização dos conhecimentos cognitivos, referindo ainda que observar o estado emocional do paciente, é atribuição dos professores de Psicologia Médica ou Psiquiatria. Percebe-se assim, a necessidade de reformulações nos currículos dos cursos de medicina, para que seja



possível a aprendizagem de uma prática qualitativa, utilizando tecnologia em associação à certeza de que se está lidando com uma pessoa que necessita ser compreendida também nos seus sentimentos (LORETO, 1978).

Observando as questões referentes aos alunos, é oportuno citar alguns aspectos relativos ao processo de socialização dos estudantes de Medicina, que vai além da aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas inerentes à profissão. Existe outro aprendizado, representado pelas atitudes, valores, padrões de comportamento adquiridos pelo estudante, como resultantes da experiência (convivência) com os docentes, com seus colegas, com os pacientes e com outros membros da equipe de saúde. Esse outro aprendizado ocorre concomitantemente com a aquisição de conhecimentos técnicos. Esse percurso de vivência de natureza contínua, passa a envolver o estudante numa filosofia de vida, de práticas e organização social, que atende expectativas da sociedade na qual está inserido (CARAPINHEIRO,1993; REGO,2001; LAMPERT,2009)

Outro desafio no ensino da medicina é a construção de critérios para avaliação do aprendizado, especialmente se considerarmos as dificuldades em avaliar aspectos subjetivos, como as atitudes dos estudantes ao lidarem com os seus pacientes. Há uma confluência entre estudiosos dos métodos de ensino (ZABALA, 1998; BIGGS et al, 2001; VENTURELLI e cols., 2001; PERES, 2002; BATISTA et al, 2005; BARLOW, 2006; SILVA, 2006), acerca das ideias preconizadas por Santos Guerra (2007), ao se reportar à *avaliação como aprendizagem*, afirmando que a mesma necessita ser ampla e não apenas cognitiva, apresentar um elevado grau de diversificação, de maneira a preencher os seguintes requisitos: ser um fenômeno moral e não meramente técnico; ser um processo e não um ato isolado; ser um processo participativo; ter um componente corroborativo e um princípio atributivo; utilizar instrumentos diversos; ser um catalisador do processo de ensino e aprendizagem; ter conteúdo globalizante e poder passar por metaavaliações.

A partir dos fundamentos referidos sobre a formação do médico em associação com a iniciativa inovadora da implantação dos módulos Medicina, Ética e Relações Humanas (MERHU) e Desenvolvimento Pessoal e Profissional III (DPPIII), cuja didática busca promover uma transformação efetiva no currículo do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, buscou-se estudar em que medida, esses módulos do eixo humanístico, contribuem na construção do *ser médico*, no processo de reestruturação, iniciado no ano de 2003.

*Capítulo II***A FORMAÇÃO DO MÉDICO AO
LONGO DA HISTÓRIA**



2.1 O início de ensino médico

O surgimento de escola médica pela primeira vez na história, caracterizada pela sua localização e método de ensino, é registrado no séc. V a.C na chamada Idade Clássica. Os médicos se agrupavam em torno dos considerados mais sábios e o ensino era devotado e gratuito. Cada escola tinha suas características próprias. Os mais importantes núcleos de ensino surgiram na Ilha de Cós e Rodas, em Cnido e na Sicília.

A escola de Cós teve grande destaque com a valorização do pensamento, a observação e a experiência. Hipócrates, que aprendeu medicina com o seu pai, que era médico, foi o principal professor de Cós, estabelecendo com solidez as normas éticas para a prática da medicina de boa qualidade.

Apesar de nessa época não ser permitida a dissecação em humanos, Hipócrates deu uma grande contribuição para a medicina da época. Viveu em época onde o pensamento humano florescia nas artes, na política e na filosofia, tendo como contemporâneos, os filósofos Platão e Sócrates. É surpreendente como Hipócrates contribuiu de maneira marcante para a medicina em uma época em que a dissecação não era permitida, sendo os conhecimentos de anatomia e fisiologia baseados na dissecação de animais (MILLAN, 2005).

Uma das mais conhecidas obras de Hipócrates, “O Juramento”, ainda hoje é utilizada nas solenidades de formatura da maioria das escolas médicas contemporâneas. São também muito conhecidos os aforismos, onde esbanja sabedoria ao descrever sua experiência clínica. Diz o primeiro aforismo:

“a vida é curta, a arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganadora, o julgamento difícil”.

Após a morte de Hipócrates, a escola de Cós começou a declinar por falta de seguidores à sua altura, que transformaram seus ensinamentos em dogmas. Privilegiou-se o conteúdo em prejuízo do método, que foi a maior contribuição deixada pelo mestre.

A Escola de Alexandria, no Egito, constituiu o núcleo de ensino mais importante após a morte de Hipócrates, associando os conhecimentos da ciência grega à civilização do antigo Egito. No centro cultural criado por Alexandre Magno, 331 a. C, se ensinava também filosofia, matemática, música, poesia, história e ciências naturais. Quem estudava era reconhecido e prestigiado. Foi aí que pela primeira vez na história, as dissecações passaram a ocorrer regularmente, possibilitando inúmeros descobrimentos da anatomia humana.



Na época romana, em torno de 222-235 a.C, o imperador Alexandre promulgou leis que oficializaram o ensino e a titulação, além de estabelecerem o controle do exercício profissional. A partir de então o ensino deixou de ser informal e criaram-se grêmios que possuíam professores assalariados que ministravam vários cursos, entre eles o de Medicina. Os primeiros hospitais edificados eram para uso dos militares, sendo que o primeiro hospital para civis foi fundado em Roma, em 394 d.C (MILLAN, 2005).

2.2 O ensino da medicina na idade média

A primeira instituição leiga da Idade Média foi a Escola de Salerno, tida como a primeira escola independente deste período. Nela predominou o espírito racional hipocrático, porém, ainda só era permitida a dissecação de animais. A cirurgia foi afastada da medicina, sendo desconsiderada e relegada aos barbeiros e curandeiros. Os conhecimentos eram redigidos sob a forma de versos, que foram conhecidos em toda Europa:

*“A Escola de salerno, através destas linhas, deseja toda a saúde ao rei da Inglaterra, aconselhando para tratar da cabeça e livrar o coração de ódios, a não beber muito vinho, cear ligeiro e levantar-se cedo”
“Quando não há carne, os longos descansos são benéficos e mantém os olhos acordados à tarde...”
“Use três médicos: primeiro, o doutor sossego; segundo, o doutor alegria; e a seguir, o doutor dieta” (MILLAN, 2005, pág.55)*

A Escola de Salerno manteve o seu brilho até 1811, quando encerrou suas atividades por falta de estudantes interessados no curso.

A Escola de Montpellier, considerada a mais antiga escola de medicina do mundo, iniciou suas atividades por volta do ano 100 e era uma rival da Escola de Salerno. No ano 1220, o papa Honório III, visitou a Escola, regulamentando a partir daí o ensino médico na França.

Na Idade Média predominou o dogmatismo e a abolição de qualquer experimentação, comprometendo a grande liberdade que caracterizou o pensamento vigente na Grécia. (MILLAN, 2005).

2.3 A medicina do renascimento

Os séculos XV e XVI constituíram marcos na história da humanidade. Grandes descobrimentos com os novos continentes; Copérnico coloca o sol e não a terra como centro



do universo; retornam os pensamentos racionais de Hipócrates e Platão; surge a imprensa; o Humanismo surge fazendo do homem o principal objetivo das suas indagações; grande desenvolvimento econômico; retorno à liberdade de pensamento. Os acontecimentos mais marcantes dessa época foram o desenvolvimento da anatomia e a elevação da cirurgia à categoria de ciência. Ocorreu também, nesse período, a impressão de livros que difundiram os conhecimentos médicos.

No século XVI, a medicina era considerada parte da física e o médico conhecido como físico, tinha uma intensa rotina de trabalho. Sua jornada começava às 5 horas da manhã e se prolongava até o período da noite, com visitas domiciliares, consultório e pouco tempo para as refeições. A cobrança de honorários tomava por base a distância a percorrer, a gravidade do caso e as condições financeiras do paciente, levando alguns médicos a conquistar fortunas. Os médicos nas cidades menores do interior eram assalariados e prestavam assistência gratuita à pobreza. Nos vilarejos, o médico era substituído por curandeiros e charlatões (MILLAN, 2005).

O médico renascentista, humanista e letrado, era respeitado e vinha de classes abastadas que estudavam nas universidades, especialmente italianas. A dissecação foi fortalecida como prática e em 1570, a anatomia passou a ser matéria independente da cirurgia. As ilustrações anatômicas realizadas por pintores da época chegavam à perfeição (MILLAN, 2005).

2.4 A medicina no Brasil no século XVI

No século XVI, poucos foram os médicos ou físicos licenciados, que possuíam diplomas obtidos em Coimbra ou Salamanca e se interessaram a vir para o Brasil. Ocuparam cargos de El-Rei ou da Coroa, do Senado ou da Câmara e do “partido” da tropa, além de terem clínica privada. Acredita-se de que foi Jorge Valadares o primeiro licenciado a exercer a profissão no Brasil, como físico-mor de Salvador entre 1543 a 1553. Foi também no século XVI que as Irmandades de Misericórdia criaram as Santas Casas, destinadas a atender os pobres, assim como as enfermarias dos jesuítas. Há divergências quanto à criação da primeira Santa Casa, se foi em Olinda em 1540 ou se foi criada por Brás Cubas em Santos em 1543.

No século XVII, os poucos físicos existentes no Brasil eram portugueses e espanhóis, havendo alguns brasileiros, franceses e holandeses. Willem Piso, médico holandês, trabalhou em Recife, de 1637 a 1644, a convite de Maurício de Nassau e em 1648, publicou o primeiro tratado de patologia brasileira, denominado “De medicina Brasiliensi”. Em 1683 é publicado



em Lisboa o primeiro livro em português de medicina brasileira, por Simão Morão, “Tratado único das bexigas e sarampo”, que versava sobre varíola e sarampo (MILLAN, 2005).

2.5 O ensino médico no Brasil

O ensino médico no Brasil teve início com a chegada da família real portuguesa ao Brasil em 1808. Após desembarcar em Salvador, por determinação do Príncipe Regente D. João VI foi criada naquela cidade a primeira Escola de Medicina do Brasil. O documento considerado a “certidão de nascimento” do ensino médico no Brasil, foi dirigido ao Conde da Ponte por D. Fernando José de Portugal e Castro, ministro de D. João VI com o seguinte teor:

Bahia, 18 de fevereiro de 1808[♦]

Ao Ilustre Excel. Sr. Conde da Ponte

O Príncipe Regente Nosso Senhor, anuindo à proposta que lhe fez o Doutor José Correa Picanço, Cirurgião-Mor do Reino e de seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade para instrução dos que se destinam ao exercício desta arte, tem cometido ao sobredito Cirurgião-Mor a escolha de Professores, que não só ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a Arte Obstétrica tão útil como necessária, o que participo a V. Excia. por ordem do mesmo Senhor para que assim o tenha entendido e contribua para que tudo o que for promover este importante estabelecimento.

Deus guarde a V. Excia.

Dom Fernando José de Portugal e Castro

Ministro do Senhor Príncipe Regente

Posteriormente, já denominada Academia de Cirurgia, a instituição foi transformada por Carta Régia de 29 de dezembro de 1815 em Academia Médico-Cirúrgica da Bahia. Por decreto em 3 de outubro de 1832, foi transformada em Faculdade de Medicina. Em 1833, o Príncipe Regente determinava a criação de outra Escola médica, na nova capital do Brasil,

[♦] Transcrição do monumento existente na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, terreiro de Jesus (LIMA GONÇALVES, Ernesto, 2002, pg.114-115)

Rio de Janeiro. Em 1885, foi defendida a primeira tese de doutorado no Brasil, na Faculdade do Rio de Janeiro. Em 1898, criada outra Escola em Porto Alegre. A partir daí, nos primeiros anos do séc. XX, várias outras Escolas médicas foram criadas. Em 1913 em São Paulo; em 1918 em Belo Horizonte; em 1919 em Belém e em 1920 em Recife (ABEM, 2005).

2.6 O modelo de ensino médico no Brasil

O ensino médico no Brasil sofreu grande influência das experiências européias, de maneira que as primeiras Faculdades de Medicina do país, tiveram uma estrutura rígida de cátedras, configurando por longos anos, um ensino médico em moldes centralizadores, tendo como base a figura do “lente proprietário” da cátedra. Esse perfil era o da França e da Alemanha entre outros países, representado respectivamente nas pessoas dos “mandarins” ou “homo academicus”. Seguindo esse raciocínio, com a importação de modelos de ensino médico, o Brasil sofreu grande influência do “modelo flexneriano”, criado a partir do “Relatório Flexner” de 1910, que documentava o estado da arte da educação médica norte-americana de autoria de Abraham Flexner. Ele era graduado pela Johns Hopkins School of Medicine, instituição que serviu de modelo para o seu relatório, comparando todos os demais programas de ensino, com tendência a desqualificar os mesmos. O maior interesse era a pesquisa experimental, havendo preocupação em receber alunos preparados e brilhantes, num ambiente de estimulação intelectual em tempo integral. Seus professores eram considerados capazes, respeitados e disputados, com ótimos salários seguindo o modelo germânico de estudo e criação.

A esse “modelo flexneriano”, são atribuídos um grande número das dificuldades existentes no ensino médico no Brasil, a partir dos anos de 1950, como a especialização precoce, a crescente utilização de tecnologia nos diagnósticos, a divisão do currículo médico em ciclo básico e profissional, atendendo a um currículo mínimo e o ensino e a prática médica individualizantes e centrados nos hospitais, com grande dificuldade de interagir e desenvolver atividades integradas (LAMPERT, 2009).

Em 1962 foi criada a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), para congregarem cientificamente os inúmeros atores responsáveis pela formação do médico em nosso país, contribuindo ao longo dos anos com todas as ações empreendidas pelas instituições de ensino da área.



Duas outras iniciativas, constituíram marcos importantes para a educação médica em nosso país. A primeira corresponde à publicação da Lei 9393 de 20/12/1996, estabelecendo as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. A segunda, foi a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, definindo princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação dos médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Ficou estabelecida a necessidade da sua aplicação no âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Medicina das Instituições de Ensino Superior. Através dessa instância, ficou explicitada a necessidade do acompanhamento e avaliações permanentes, visando o aprimoramento desses cursos. As Diretrizes Curriculares passaram a funcionar como instância auxiliar nas estratégias das escolas para empreenderem as mudanças consideradas necessárias, para as transformações desejadas na área de saúde (BRASIL, 2001)

A partir da criação das Diretrizes Curriculares, foi instituída a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), reunindo entidades representativas da comunidade acadêmica, universitária e da classe médica, com o objetivo de avaliar os componentes de qualidade para a transformação da realidade revelada do ensino médico no Brasil. Essa iniciativa representou possivelmente, um dos maiores avanços para o aprimoramento das Escolas médicas brasileiras (LAMPERT, 2009).

A partir da CINAEM, ocorreu importante iniciativa, com a aplicação de um questionário elaborado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para diagnosticar a situação das escolas médicas brasileiras, com questões sobre a estrutura política e econômico-administrativa, infraestrutura, recursos humanos, modelo pedagógico, atividades de assistência e pesquisa e número de médicos formados. A sistematização dos dados colhidos pela CINAEM, junto às escolas que aderiram à proposta, vem em processo de sedimentação, estando na quarta fase, com enfoque nas diferentes dinâmicas de transformação dos cursos de medicina, ora em andamento.

O Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (PROMED) também criado no ano de 2001 pelo Ministério da Saúde, selecionou um grupo de Cursos de Medicina vinculados às Universidades públicas, representando várias regiões do país, que apresentassem infraestrutura em termos de funcionalidade (orientação do ensino; corpo docente; integração com serviços da rede de saúde) que permitisse um investimento financeiro para a sua reestruturação e aprimoramento. O Curso de Medicina da UFPE foi um dos selecionados pelo PROMED, dando início de imediato ao processo de reestruturação, no



qual ficou estabelecida uma nova grade curricular, representando uma grande mudança na funcionalidade do curso. O PROMED tem sido uma importante instância de motivação para as escolas médicas se adequarem às novas diretrizes curriculares, fortalecendo assim seu compromisso social durante os seis anos do curso de graduação (LAMPERT, 2009)

Analisando as tendências de mudanças na formação médica no Brasil, a partir dos paradigmas da educação médica percebe-se as repercussões da Reforma Universitária de 1968 (Lei 5.540/68), com a adoção oficial do modelo americano pelas escolas médicas brasileiras. A substituição das cátedras pelos departamentos com suas disciplinas foi considerada um avanço para a época, apesar das excessivas subdivisões sem integração entre as disciplinas, naturalmente repercutindo no modelo formativo. Esse modelo *flexneriano*, representa uma estrutura paradigmática individualista, biologicista, hospitalocêntrica e enfatiza as especializações. Caracteriza um processo de ensino/aprendizagem centrado no professor, que prioriza aulas expositivas e demonstrativas; predomínio de aulas teóricas, com foco na doença e no conhecimento fragmentado em disciplinas; capacitação docente centrada exclusivamente na competência técnico-científica; visão de mercado de trabalho do consultório tradicional, com o médico dominando todos os procedimentos, inclusive honorários, sem interferências de terceiros (LAMPERT, 2009).

Acrescente-se que nos últimos anos, os estudiosos da educação médica, apontam a necessidade de mudanças efetivas na graduação do médico em direção do chamado *paradigma da integralidade*, o que se encaminha para importantes reformulações, tomando por base que: no estudo do processo saúde/doença, maior ênfase na saúde; valorização de uma metodologia de ensino centrado no aluno, percebido como sujeito ativo na sua própria formação; o ensino de uma prática que percebe um sistema de saúde em graus crescentes de complexidade, valorizando as referências e contra-referências entre os níveis de atenção; a capacitação docente valorizando concomitantemente a competência técnico-científica e a competência didático-pedagógica; a ampliação de aspectos referentes ao mercado de trabalho médico, através de uma visão crítica dos aspectos econômicos, humanísticos e éticos da prestação de serviços de saúde. Esse paradigma tem como imagem objeto, a ser alcançada, uma formação mais contextualizada, que observa as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população, valorizando também as ações interdisciplinares e multiprofissionais, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (PEREIRA NETO, 2001; SCHRAIBER, 2008; LAMPERT, 2009).

Essa funcionalidade que ressalta uma vivência democrática, integrando docentes e alunos, pode transformar as instituições de ensino, caracterizando uma instituição educativa

onde existam condições reais para as experiências formadoras. Afasta assim, das instituições de informação e de disciplina imposta, que podem ensinar, sem educar (TEIXEIRA, 1977).

Essa visão coincide também, com a percepção de que um processo de ensino, começa com o diálogo, pela comunicação, por uma relação humana que possibilite ao estudante a elaboração de uma consciência crítica do contexto ao qual está inserido (FREIRE, 1983).

Registre-se que algumas instituições brasileiras, implantaram novas metodologias de ensino nos seus cursos, vinculadas à Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), tomando como referência uma metodologia iniciada no Canadá, na Universidade de MacMaster, no final da década dos anos 60 e posteriormente na Universidade de Maastricht na Holanda em 1990. Nessa metodologia o problema é utilizado como estímulo para a aquisição de conhecimentos e habilidades, sem que haja qualquer exposição prévia de informação. Com essa perspectiva, o problema educacional deve refletir a realidade, antecipá-la como acontecimento ao estudante que se prepara para a atuação profissional, com possibilidade de refletir a temática, o contexto, os recursos educacionais, a busca de informações, a avaliação crítica e a aplicação. Nesse contexto, o professor tem o papel de orientar e facilitar a aprendizagem de cada estudante (KOMATSU, 1998).

Considerando ainda a evolução histórica dos modelos de ensino médico no Brasil, pode-se afirmar que estamos em um dilema entre o predomínio da tecnologia e o primado da humanização na relação médico/paciente. Tudo leva a crer que pelo menos dois perfis de *ser médico* estão em disputa atualmente no mercado de prestígio e poder em que se organizam seus interesses corporativos. Um valorizando a eficiência e a precisão. O outro priorizando o relacionamento com o paciente e sua família. Duas tendências presentes no início do século passado, que resistem ao tempo (PEREIRA NETO, 2001).



Capítulo III

O PROCESSO DE INOVAÇÃO PEDAGÓGICA NA REESTRUTURAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA UFPE



3.1 O Curso de Medicina da UFPE

Em 4 de maio de 1920, ocorreu a instalação da Faculdade de Medicina do Recife, tendo como Diretor o Dr. Octávio de Freitas. Seu primeiro vestibular ocorreu em junho do mesmo ano com 29 candidatos inscritos, sendo vários diplomados pelas Escolas de Direito, Farmácia e Odontologia, ocorrendo 15 aprovações. A aula inaugural foi dada pelo seu primeiro Diretor, em sala de sobrado na Rua do Sebo, hoje Barão de São Borja. Essa primeira turma concluiu o curso em 1925, com seis médicos: Porfírio de Andrade Sobrinho, Benedito Alves de Carvalho, Aníbal Bruno de Oliveira Firmo, João da Silva Correia de Oliveira Andrade, Argemiro Costa Filho e Antonio Inácio de Barros Ribeiro. A colação de grau ocorreu no salão nobre da Escola Normal, dirigida pelo Prof. Ulysses Pernambucano (KELNER, 1985)

A organização do Curso em 1925, obedecia exigências do decreto de No. 16782^a de 13 de Janeiro, modificando o que foi chamado de Lei Rivadávia (referente ao Ministro Rivadávia Correia no governo do Presidente Hermes da Fonseca). Esse novo Decreto, modificava o provimento de cargos, determinando a existência dos catedráticos, professores privativos e docentes livres, desaparecendo a classe de professores substitutos, com substituição temporária ou definitiva, nas matérias que lecionavam. As substituições poderiam ocorrer por concurso ou não.

No contexto da organização didática, a mesma teria que ser idêntica a das Faculdades Oficiais, conforme distribuição a seguir:

Primeiro ano: Física, química geral e mineral, biologia geral e parasitologia, anatomia humana (1^a. parte)

Segundo ano: Anatomia humana (2^a.parte), química orgânica e biológica, histologia e fisiologia

Terceiro ano: Fisiologia, microbiologia, patologia geral e farmacologia

Quarto ano: Clínica propedêutica médica, patologia médica, medicina operatória e anatomia patológica

Quinto ano: Clínica médica, patologia cirúrgica, clínica cirúrgica, higiene, medicina legal e terapêutica

Sexto ano: Obstetrícia, clínica ginecológica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica infantil, clínica psiquiátrica, clínica dermatológica e sifilográfica, clínica otorrinolaringológica, clínica oftalmológica e medicina tropical.

Essa distribuição compreendia as três etapas do curso, ou seja: fundamental, curso geral de aplicação e curso especializado. Era ressaltada a necessidade de que no curso fundamental



fosse ministrado um conhecimento geral, com a finalidade de criar nos alunos um espírito justo, preciso e científico. No curso geral e especializado, os professores deveriam lecionar tendo em vista as necessidades profissionais, com obrigatoriedade de trabalhos práticos. Importante ressaltar que nas cadeiras especializadas, os alunos não estariam sujeitos a exames finais (FREITAS, 2010)

Em 21 de abril de 1927, foi inaugurado o prédio da Faculdade de Medicina do Recife no bairro do Derby, hoje Memorial da Medicina. Apenas em 1928 a Faculdade foi equiparada às demais oficializadas do país, por Decreto do Ministro da Justiça. Porém, só em agosto de 1946, foi incorporada à Universidade do Recife, com as cadeiras básicas funcionando no prédio do Derby e as cadeiras clínicas funcionando nos Hospitais: Pedro II; Santo Amaro; Hospital Infantil Manoel de Almeida; Hospital da Tamarineira; Hospital Centenário e Maternidade do Derby.

Em 1954, o Hospital das Clínicas passou a ser o Hospital Pedro II, onde a maioria das Clínicas foi instalada, com exceção da 1ª. clínica cirúrgica e a clínica dermatológica e sifilográfica, que permaneceram no Hospital de Santo Amaro. O Hospital Pedro II funcionou assim até janeiro de 1982. A partir daí houve a transferência definitiva para o Hospital das Clínicas no campus universitário.

Em 1975 com sua congregação extinta, a Faculdade de Medicina da UFPE, transformou-se em Curso de Medicina do Centro de Ciências da Saúde. Suas instalações foram cedidas para o referido Centro, atendendo às reformas projetadas desde 1964, com o governo militar. (KELNER, 1985).

Desde então, o curso de Medicina da UFPE, perdeu sua sede própria, identidade física e funcional. Hoje, a sua coordenação está funcionando no 3º andar do Hospital das Clínicas, sua escolaridade no 1º andar do CCS e suas salas de aulas em prédios distintos, em sua maioria no Hospital das Clínicas e no Centro de Ciências Biológicas(UFPE, 2006)

Ressalte-se que ao longo da sua história, a sistemática pedagógica do curso foi baseada no sistema de disciplinas, conforme modelo tradicional vigente com o internato em dois semestres (ANEXO 1).

3.2 O processo de reestruturação do Curso de Medicina da UFPE

A partir do início da década passada, o Curso de Medicina da UFPE, iniciou o seu processo de reestruturação curricular. A mobilização foi iniciada através de seminários envolvendo a comunidade acadêmica (docentes e alunos), ficando evidente um certo grau de

resistência às mudanças, especialmente da parte de um número considerável de docentes. Essas resistências em grande parte estavam e ainda estão relacionadas à tendência de manutenção dos padrões vinculados ao modelo tradicional de disciplinas, ante o receio de alguns setores, da perda de prestígio ou destaque, com a possibilidade de redução de alguma carga horária, tendo em vista a necessidade de integração com outras áreas, situação essa que constitui um dos maiores obstáculos a enfrentar.

Após muitas negociações, através de seminários, debates, fóruns e outros meios chegou-se a uma proposta de estrutura curricular, mantendo os doze semestres, cada um com dezoito semanas, sendo quatro semestres (os últimos), destinados ao internato (estágio supervisionado). Para a implantação de um internato de vinte e quatro meses, e a expansão de práticas em serviços da rede de saúde, a estrutura passou a ser modular, com a participação de diversas áreas de conhecimento nesses módulos. Assim, o conteúdo do curso passou a ser distribuído em Eixos longitudinais, verticais e o internato, ficando o conteúdo complementar a ser oferecido em módulos eletivos (ANEXO 2).

Os Eixos foram constituídos por módulos que por sua vez englobaram as diversas áreas de conhecimento. São dois os Eixos longitudinais: o de desenvolvimento pessoal (ética e humanismo) e o do desenvolvimento profissional-social (saúde coletiva e atenção básica). Os módulos do Eixo longitudinal funcionam ao longo do semestre letivo, como uma maneira de garantir reflexões sobre alguns temas continuamente, buscando uma articulação com as demais atividades do curso, acreditando na possibilidade de incorporação progressiva desse conteúdo para a vida profissional. Constituem o Eixo desenvolvimento ético e humanístico, os módulos: Medicina, Ética e Relações Humanas (MERHU); A Construção do Conhecimento; Medicina, Sociedade e Ética; A ética e A Legalidade da Prática Médica; Desenvolvimento Pessoal e Profissional I, II e III. (UFPE, 2006)

Os dois módulos, Medicina, Ética e Relações Humanas (MERHU) e Desenvolvimento Pessoal e Profissional III (DPP III), que constituem o alvo do presente estudo, buscam em momentos distintos do curso (1º. e 7º. período) utilizar os fundamentos da psicologia médica, contextualizados às vivências e necessidades dos estudantes nos dois momentos do curso. Buscam acima de tudo, a valorização da relação médico-paciente, através do desenvolvimento de habilidades, atitudes, num contexto de prática que enfatiza os aspectos éticos e o compromisso social (Anexos 3 e 4). Eles foram criados tomando por base aspectos norteadores do projeto pedagógico do curso, com uma metodologia de ensino centrada no aluno, na perspectiva de construção coletiva do saber, com a valorização da relação do professor com o aluno (UFPE, 2006).



Tal processo de construção busca utilizar princípios pedagógicos em torno de uma concepção que se baseia em princípios construtivistas da aprendizagem, entendendo a necessidade de modelos de ensino capazes de atender a diversidade de alunos, de maneira que possam atualizar seus esquemas de conhecimentos (característicos individualmente), compará-los com o que é novo, identificar semelhanças e diferenças e assim possam integrar os conhecimentos, constituindo uma aprendizagem significativa dos conteúdos apresentados (ZABALA,1998).

Registre-se que do período compreendido entre o início do processo de reestruturação até a presente data, houve a participação de três coordenações, cada uma com a sua contribuição ao processo referido.

A primeira, da Profa. Emília Pessoa Perez, a quem coube a responsabilidade de iniciar todo o processo e enfrentar as adversidades inerentes à implantação de uma nova proposta envolvendo toda a sistemática de funcionamento do curso.

A segunda, do Prof. Jenney Sales Cavalcanti, com a tarefa de dar continuidade ao processo já iniciado, envolvido por muitas resistências provenientes daqueles contrários às mudanças em andamento.

A terceira, do Prof. Oscar Coutinho, que se encontra em seu 2º. mandato, cuja responsabilidade foi a de fortalecer as ações já implantadas e viabilizar as que se tornaram necessárias ao próprio processo em andamento. Ressalte-se a criação do Núcleo Pedagógico Reestruturador do Curso (NUPED), como uma iniciativa que tem contribuído no fortalecimento do processo através da participação de docentes e estudantes, integrados para atingir os mesmos objetivos, contando também com a divulgação sistemática das principais iniciativas para toda a comunidade integrante do Curso de Medicina da UFPE.

3.3 O processo de implantação do módulo MERHU

Esse processo antecedeu em dois semestres a oficialização da reestruturação do curso. A implantação ocorreu por iniciativa de dois docentes do Departamento de Neuropsiquiatria, sendo um deles o responsável pelo presente estudo, juntamente com a Professora Eldione Amorim de Moraes. Partiu-se da necessidade de utilização de novas estratégias de ensino, com características inovadoras em relação à participação do aluno e à qualidade da relação estabelecida com o professor. A iniciativa visou especialmente promover reflexões acerca de aspectos emocionais dos estudantes de medicina, em relação ao próprio curso. Criou-se assim,



um espaço de reflexão com os alunos, utilizando uma metodologia participativa, sob forma de debates sobre temas diversos, contextualizados para o momento de início de curso.

O Curso de Medicina possuía uma grade curricular densa e rígida na distribuição dos horários, tornando difícil a implantação de qualquer proposta inovadora. Após negociações, o Departamento de Histologia e Embriologia cedeu um pequeno espaço da sua carga horária (30 minutos) e espaço físico. Ressalte-se o simbolismo que envolveu esse início, facilitado pela Embriologia. Dessa maneira, a proposta foi iniciada com o nome provisório de “Integração da Psicologia Médica com a Embriologia” no ano de 2001. As aulas eram ministradas aos 70 alunos, pelos dois docentes concomitantemente na mesma sala. Essa funcionalidade facilitou os debates, uma vez que surgiam questionamentos sobre temas abrangentes, onde a experiência e opinião de um docente ao refletir um tópico com os estudantes, tinha a possibilidade de ser complementada pela experiência e opinião do outro. Essa maneira de funcionar permaneceu por alguns semestres letivos, havendo um acordo informal com o Departamento de Histologia e Embriologia para que alguma avaliação empreendida da nossa parte, fosse associada à deles, considerando que não existíamos formalmente. Esse acordo foi motivado pela constatação de que havia necessidade de algo formal para o fortalecimento e manutenção da proposta, especialmente junto aos alunos e ao próprio Departamento de Histologia e Embriologia. Um aspecto importante na época era a percepção do Departamento de Histologia e Embriologia de que a nossa proposta estava contribuindo para sanar algumas dificuldades existentes com os alunos, já que estavam sendo discutidos aspectos referentes ao comportamento, respeito e ética com os colegas e professores.

Foi possível constatar, em relação à frequência às aulas, que apesar do nosso horário ser no início da manhã, antes das oito horas, os alunos compareciam na sua maioria. Essa ocorrência se associava aos comentários positivos por parte dos mesmos junto aos docentes de Embriologia.

Iniciado o processo de reestruturação do curso em 2003, a proposta já com alguma experiência de funcionamento, foi oficializada na grade curricular, no primeiro período, agora na condição de módulo, com carga horária semanal e espaço físico definidos, com o nome de Medicina, Ética e Relações Humanas (MERHU), sugerido pelos docentes que iniciaram a experiência.

O nome considerando a ampliação do título, transparece a idéia dos objetivos do módulo, ou seja, considerando funcionar no início do curso, tem a grande responsabilidade de refletir as questões mais gerais desse período do curso, os anseios; a relação com os colegas e com os professores; as motivações para a escolha do curso; o papel social do médico; a saúde



do médico; os aspectos psicológicos da formação médica e especialmente a adaptação dos alunos ao curso.

Ao longo dos semestres seguintes, foi utilizada uma metodologia de ensino que buscou uma participação ativa dos alunos, através de aulas cuja ênfase era a reflexão sobre os temas propostos no programa, fruto do aprimoramento com a experiência a cada semestre, utilizando amplamente seminários sobre temas sugeridos pelo docente e pelos alunos.

Importante ressaltar o estímulo para que o grupo que apresentasse os seminários utilizasse técnicas variadas, que envolvessem toda a turma, especialmente a dramatização, passando a caracterizar o momento de aula como uma atividade de ensino e ao mesmo tempo uma atividade lúdica.

Outro aspecto importante a ressaltar, diz respeito à sistemática de avaliação. MERHU, foi o primeiro módulo, no processo de reestruturação do curso, a implantar sistematicamente a autoavaliação como recurso para refletir atitudes, questões éticas e conseqüentemente perceber o que está sendo assimilado pelo aluno. Juntamente com a autoavaliação, no final do semestre, o aluno foi estimulado a responder questionário referente à avaliação do módulo, envolvendo diversos aspectos, tais como : a pertinência do mesmo no primeiro período, a metodologia de ensino, a relação professor-aluno, a sistemática de avaliação e as considerações sobre o que achou mais significativo em termos de aprendizagem com a possibilidade de sugerir modificações no módulo para as turmas posteriores (Anexo 3). Essa experiência de avaliação do módulo pelos alunos propiciou várias reformulações, visando o aprimoramento da proposta, até a presente data.

3.4 A implantação do módulo DPP III

O módulo Desenvolvimento Pessoal e Profissional III (DPP III), foi implantado a partir do amadurecimento da experiência com os outros módulos que trabalham a mesma temática , MERHU no 1º. período do curso, Desenvolvimento Pessoal e Profissional I (DPP I) no 4º período, cujo programa tem por objetivo, fornecer uma base teórica sobre a psicologia médica, com ênfase no desenvolvimento da personalidade. E Desenvolvimento Pessoal e Profissional II (DPP II) no 6º. período, cujo programa teórico/prático enfatiza a relação médico/paciente e a abordagem psicossomática nas diversas situações clínicas. Esses dois módulos, embora sejam constituintes do mesmo Eixo avaliam os alunos através de teste escrito, baseado na programação teórica, associado a avaliação dos relatórios sobre os casos clínicos acompanhados sob supervisão dos monitores .



A implantação de DPP III no sétimo período, buscou a sedimentação dos conhecimentos iniciados desde o primeiro período em termos de formação humanística, além de criar um espaço para reflexões acerca das diversas vivências nesse momento do curso (penúltimo antes do internato), envolvendo o atendimento de pacientes e as relações estabelecidas com os pacientes, colegas, professores e com as instituições.

Embora não contemple aulas teóricas, o conteúdo programático envolve quatro pontos bastante abrangentes: a formação psicológica do médico; a ética do estudante de medicina; a inserção do médico no contexto social e as comunicações entre o médico e seu paciente. As aulas ocorrem sob a forma de seminários e de relatos de vivências pelos alunos. Ao longo do semestre ocorrem quatro seminários (mensais) cuja temática é de livre escolha pelos alunos, numa perspectiva de conseguir um maior envolvimento dos mesmos. Entre os temas escolhidos estão: a escolha da profissão, o lidar com o sofrimento e a morte, a relação do médico com os demais profissionais de saúde, entre outros. As escolhas dos temas evidenciam a priorização de questões consideradas importantes e úteis, pelos mesmos, nesse momento do curso.

O seminário constitui uma primeira nota, que é dada em grupo. Outro recurso didático utilizado é a apresentação individual de vivências (relato de vivências), nas quais é relatada uma experiência de livre escolha pelo aluno, priorizando questões referentes às atitudes do estudante, do paciente ou do docente (médico) ou outro profissional envolvido, em uma instituição de saúde. Após a apresentação, ocorre uma discussão sobre os mais variados aspectos do relato, com toda a turma. A função do docente é servir de facilitador da apresentação, estimulando reflexões e dando a sua contribuição baseada em sua experiência profissional. É solicitado aos alunos, que entreguem ao docente na aula seguinte, um relato da sua vivência, constando o tema, as reflexões e uma possível conclusão, que o mesmo tenha considerado como aprendizagem.

No processo de avaliação do módulo, à semelhança do que ocorre no módulo MERHU, a autoavaliação é realizada no mesmo formato, estimulando o aluno a refletir sobre a sua frequência; participação e aprendizagem, concluindo com uma nota dada pelo aluno, que é mantida oficialmente. A nota da autoavaliação é somada à do relato da vivência que é atribuída pelo docente e dividida por dois, constituindo assim uma segunda nota.

Ao final, é solicitado que o estudante preencha um questionário de avaliação do módulo, o mesmo aplicado em MERHU no início do curso. Importante ressaltar que a nota da autoavaliação em DPPIII é somada ao relato de vivências, pelo fato de ser percebida pelo docente, uma interferência no sétimo período, que não ocorre no primeiro em MERHU. Os

alunos na iminência de iniciar o internato, apresentavam uma preocupação com a nota em si, demonstrando por vezes uma tendência a se atribuírem notas maiores, atentos à média do histórico escolar, para uma posterior seleção à residência médica, ou outro concurso.

Saliente-se que ambos os módulos alvos do presente estudo, funcionaram e ainda funcionam em momentos nos quais os alunos referem estar submetidos a sobrecarga emocional, tendo em vista o quantitativo de módulos. No primeiro período, foram enfatizadas as questões referentes à adaptação ao curso, o lidar como desconhecido, além da sobrecarga de conteúdos e avaliações. No sétimo período, também referiram sobrecarga de conteúdos pelo quantitativo de módulos existentes, assim como um número excessivo de avaliações. Porém, apesar desse contexto, a participação dos alunos nos dois módulos sempre foi significativa.

No segundo semestre de 2008 por iniciativa da Coordenação do Curso, foi realizada a “avaliação do curso de medicina da UFPE, pelos estudantes”, com o objetivo de conhecer a percepção dos alunos, com vistas à utilização desses resultados nos avanços das mudanças curriculares em andamento. Contou-se com a participação de 496 (88,2%) estudantes do primeiro ao oitavo períodos. Foi utilizado um questionário, constituído por cinco partes, ou seja:

- ❖ Parte I Conhecimento do projeto pedagógico e desenvolvimento do curso (10 indicadores);
- ❖ Parte II Condições de infraestrutura disponibilizada para o ensino (11 indicadores);
- ❖ Parte III Desempenho dos docentes (14 indicadores);
- ❖ Parte IV Análise dos módulos e áreas de conhecimento (11 indicadores);
- ❖ Parte V Questões abertas – relato livre- críticas/sugestões.

A análise dos resultados, evidenciou alguns aspectos importantes para o presente estudo.

Na parte I, o 4º. indicador se refere à avaliação dos eixos, com a pergunta “o eixo ético e humanístico, vem atingindo os objetivos? Houve respostas bastantes satisfatórias, predominando a resposta bastante/completamente.

A parte III, referente ao desempenho dos docentes, contou-se com 14 indicadores, descritos a seguir: domínio e clareza do conteúdo; maneira como foi ministrada a área de conhecimento; preparação das aulas; relacionamento com os estudantes; atendimento às dúvidas; aproveitamento do tempo nas atividades didáticas; recursos didáticos utilizados;



estímulo ao uso dos diversos meios de ampliar aprendizagem; pontualidade; assiduidade; disponibilidade; capacidade para motivar a turma; cumprimento dos prazos; avaliação dos docentes como um todo. A avaliação docente tanto no 1º período (MERHU), quanto no 7º período (DPP III) atingiu os maiores escores, com os conceitos bom/excelente.

A parte IV, correspondente à análise dos módulos e áreas de conhecimento, contou com 11 indicadores, ou seja: programa; desenvolvimento do programa; atendimento aos objetivos; importância do módulo/área de conhecimento; carga horária; qualidade das referências bibliográficas; relevância e utilidade dos conteúdos; estratégias didáticas utilizadas; sistema de avaliação adotado; integração do módulo com outros módulos; avaliação do módulo como um todo. Os escores alcançados pelos dois módulos, tanto no 1º Período (MERHU) e no 7º (DPP III), foram animadores em relação aos conceitos bom/excelente.

No que se refere à parte V - Questões abertas – relato livre- críticas/sugestões, no 1º período o módulo “Medicina, Ética e Relações Humanas “(MERHU), recebeu conceito ótimo por unanimidade. O mesmo ocorreu no 7º período, com o módulo “Desenvolvimento Pessoal e Profissional III” (DPP III), ao receber conceito excelente, com destaque dos alunos para a importância das aulas, com o objetivo de promover reflexões das vivências práticas dos mesmos nas instituições de saúde.

Como desdobramentos do Eixo humanístico e graças aos esforços da Coordenação do Curso, foi implantado o Núcleo de Apoio ao Estudante de Medicina – Prof. Galdino Loreto (NAEM), homenageando um docente do Departamento de Neuropsiquiatria UFPE, pioneiro na atenção à saúde mental do estudante universitário no Brasil. Esse núcleo foi criado visando contribuir para que o aluno pudesse ter uma vida acadêmica mais tranqüila e com menos sofrimento. O pesquisador é responsável pela sua coordenação, contando com uma equipe de docentes de vários departamentos, distribuídos em escala, para receber o aluno que procura o serviço e verificar a demanda expressa pelo mesmo.

Considerando o respeito às questões éticas, esses docentes realizam uma espécie de triagem, visando atender às necessidades do estudante, porém, não prestam assistência aos mesmos, tendo em vista o fato de serem docentes e em algum momento darem aulas a esses alunos, o que poderia criar constrangimentos na convivência com os mesmos em sala de aula.

Entre as atividades propostas, estão: acolher alunos iniciantes no curso; identificar alunos com dificuldades no rendimento acadêmico e na adaptação; apoiar alunos que residem na casa do estudante; avaliar a necessidade de apoio psicológico e/ou psiquiátrico; encaminhar para atendimento especializado no Hospital das Clínicas e/ou outras instituições;



realizar pesquisas pertinentes à área e promover eventos visando refletir sobre temas relacionados à formação médica e à saúde mental dos estudantes.

Por sua vez, a criação do NAEM, também teve desdobramentos. Os docentes que compõem a equipe passaram a integrar as atividades de acolhimento dos alunos ingressantes no curso, através de duas ações. Na primeira, ocorre a leitura de um texto, elaborado pelo pesquisador sobre “comportamento e ética do estudante de medicina”, abordando aspectos do dia a dia do estudante, em sala de aula, na relação com os colegas e com os docentes, ressaltando a necessidade de perceber a importância de uma ética dinâmica relacional, enfatizando o tempo que os mesmos irão conviver ao longo dos seis anos do curso. Após a leitura do texto, ocorre um debate com toda a turma. Em seguida, ocorre o que chamamos de acolhimento individual, através de uma breve entrevista para o preenchimento de um questionário com todos os alunos. Essa experiência, de acolhimento tem sido caracterizada como positiva pelos alunos, como uma experiência que os aproxima dos docentes e é percebida também como uma valorização do estudante pela própria instituição. Na experiência dos docentes participantes, constitui uma maneira de conhecer os alunos e oportunidade de orientar alguns, sobre o acesso a serviços oferecidos ao estudante pela universidade, como bolsas de manutenção e moradia entre outros.

Importante realçar que as ações empreendidas, envolvendo os módulos do Eixo Humanístico, alvos do presente estudo, assim como os seus desdobramentos, constituem uma inovação pedagógica, em um curso com características tradicionais e quase centenário, caracterizando assim, um diferencial curricular através de uma nova proposta de ensino.



Capítulo IV

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS



Diante de uma proposta inovadora, contando com a experiência de oito anos da implantação do Eixo Humanístico com a implantação dos módulos, Medicina, Ética e Relações Humanas (MERHU) no 1º período e Desenvolvimento Pessoal e Profissional III (DPP III) no 7º período, surgiu a necessidade de estudar o processo vivenciado, para avaliar em que medida estaria o mesmo contribuindo para a construção do *ser médico*.

4.1 Área e população de estudo

O estudo foi realizado em amostra coletada na população de estudantes de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.

A amostra foi constituída por quatro grupos, referentes às quatro turmas de alunos que iniciaram o Curso de Medicina nos anos de 2005.1 (turma 118), 2005.2 (turma 119), 2006.1 (turma 120) e 2006.2 (turma 121) e cursaram o módulo Medicina, Ética e Relações Humanas (MERHU) no primeiro semestre do curso nos anos descritos acima. Esse mesmo grupo de alunos, cursaram o módulo Desenvolvimento Pessoal e Profissional III (DPP III) no sétimo período do curso, nos anos de 2008.1, 2008.2, 2009.1 e 2009.2, respectivamente, caracterizando uma amostra de 279 alunos dos 864 matriculados no curso no ano de 2009 (SIGA/UFPE, 2009).

4.2 Desenho do estudo

Trata-se de um *estudo de coorte prospectivo* (contemporâneo) uma vez que foi elaborado no presente com previsão de acompanhamento por um período determinado. Referiu-se a um grupo de estudantes com características semelhantes, submetidos à mesma metodologia de ensino, com base em registro inicial da primeira turma, no ano de 2005, com seguimento até o ano de 2009, constituindo uma amostra para a observação e análise de um processo evolutivo dos seus integrantes (GIL, 2009).

O estudo também teve um caráter *intervencionista*, em relação à metodologia de ensino, tendo em vista que o autor, participou da criação dos módulos e foi coparticipante de todo o processo em si, em busca de empreender mudanças consideradas pertinentes ao aprimoramento desses módulos e à formação do estudante de medicina (CRESWELL, 2007)

Optou-se pelo uso de uma metodologia mista *quanti-qualitativa*, tomando-se por base os pressupostos epistemológicos desses métodos, entendendo-se a existência de um *continuum* e não de uma dicotomia entre os mesmos. A partir dessa percepção, o autor

procurou dar uma maior abrangência ao estudo, em busca de aprofundar reflexões sobre o tema, a partir da interpretação dos dados obtidos. Foi utilizada a *estratégia aninhada concomitante*, identificada pelo uso da coleta de dados em uma fase, durante a qual tanto os dados quantitativos como qualitativos foram coletados simultaneamente. Dessa maneira, um método (*quanti ou quali*) que poderia ter menor prioridade, fica embutido ou aninhado dentro do método predominante (*quanti ou quali*). A integração dos dois tipos de dados coletados, ocorreu ao longo de todo o processo da pesquisa, uma vez que os dados quantitativos foram provenientes de um questionário constituído por questões fechadas e abertas. Por sua vez, na fase de análise e interpretação dos dados, também ocorreu a integração, na medida em que alguns aspectos essencialmente qualitativos, foram associados às informações provenientes dos achados quantitativos. Essa estratégia propiciou ao pesquisador perspectivas de maior amplitude, em relação à utilização de um único método predominante, inclusive, com possibilidade de realçar que dados quantitativos podem ser incorporados qualitativamente para o enriquecimento descritivo dos achados referentes aos participantes da amostra (MINAYO, 2002; CRESWELL, 2007; LESSARD-HÉRBERT, 2008).

4.3 Instrumentos de pesquisa

4.3.1 Questionário de avaliação do módulo

Organizado pelo pesquisador, constituído por dados demográficos (idade, sexo, e estado civil) e por oito (8) questões, sendo as seis (6) primeiras com opções para a resposta, acrescidas da solicitação de justificativa da resposta dada e duas (2) questões abertas.

4.3.2 Elenco de variáveis

As variáveis correspondem aos itens do questionário, ou seja:

- ✓ Demográficas (idade; sexo; estado civil);
- ✓ Como avalia a experiência do módulo no contexto do novo currículo médico?
 - ❖ Positiva;
 - ❖ Negativa;
 - ❖ Sem opinião
- ✓ Como avalia a metodologia utilizada?
 - ❖ Adequada;



- ❖ Inadequada;
- ❖ Estimulante;
- ❖ Desestimulante.
- ✓ Como julgou o conteúdo abordado?
 - ❖ Importante para a formação médica;
 - ❖ Sem importância para a formação médica.
- ✓ Emocionalmente, teve importância para você, encontrar o módulo MERHU no contexto da área básica? (No 1º Período)
- ✓ Emocionalmente, teve importância para você, encontrar o módulo DPP III no contexto dos módulos clínicos e cirúrgicos? (No 7º Período)
- ✓ Como você avalia o relacionamento do professor com os alunos?
 - ❖ Regular;
 - ❖ Bom;
 - ❖ Excelente.
- ✓ O que você achou da maneira como foi realizada a avaliação dos alunos?
 - ❖ Adequada;
 - ❖ Inadequada;
 - ❖ Estimulante;
 - ❖ Desestimulante.
- ✓ Quais as sugestões para o aprimoramento da proposta nos próximos períodos?
Para você, o que foi mais significativo em termos de aprendizado?

4.4 Autoavaliação

A autoavaliação foi utilizada nos dois módulos como estratégia de ensino, no sentido de estimular o aluno a pensar sobre suas ações, especialmente em relação à sua formação. Uma possibilidade de repensar a sua funcionalidade; refletir o que aprendeu; avaliar as possíveis repercussões da aprendizagem para a realização das suas tarefas; perceber suas necessidades individuais relativas a aprendizagem; empreender iniciativas para lidar com as suas dificuldades; fazer comparações com experiências vivenciadas no processo de aprendizagem, visando uma atualização das suas estratégias como estudante. Constitui-se também em um recurso que habilita o estudante para a identificação de valores e atitudes pessoais, com possibilidade de reconhecer fragilidades, assim como reconhecer os aspectos



positivos do seu funcionamento (SANTOS GUERRA, 2003; BEHRENS, 2005; SILVA, 2006; DOMINGUES, 2007).

Pode-se também entender a autoavaliação, como um investimento na pessoa do aluno, de maneira que o mesmo possa perceber que a sua formação necessita de conhecimentos cognitivos em associação ao aprimoramento de atitudes, beneficiando conseqüentemente, a sua relação com os pacientes, com os colegas e com os profissionais de outras áreas (SANTOS GUERRA, 2003).

Realizada pelos alunos ao final do módulo, tomou por base alguns itens sugeridos pelos docentes, visando a organização do relato, tais como: frequência às aulas; participação nas discussões; postura ética com os colegas e com o professor e a aprendizagem. Foi solicitado ao final, que o aluno atribuísse uma nota, coerente com o relato descrito pelo mesmo.

4.5 Relato de vivências (utilizado apenas em DPP III)

Os relatos de vivências passaram a ser um constituinte fundamental para a sedimentação da experiência do módulo DPP III. É um recurso facilitador para a motivação dos alunos em relação à participação no módulo e, especialmente uma ação com possibilidade de ser percebida como útil para as experiências práticas, vivenciadas pelos mesmos nas instituições de saúde em seus diferentes contextos. Pretendeu-se criar um espaço no qual o aluno tivesse oportunidade de relatar uma experiência, em toda sua plenitude, em um ambiente acolhedor e pudesse ser ouvido, com possibilidade de refletir sua experiência em conjunto com opiniões semelhantes ou divergentes, partindo dos colegas ou do professor responsável pela atividade (BALINT, 1975; COLARES, 2009).

Trata-se de um relato de livre escolha do aluno, acerca de qualquer situação que o mesmo tenha vivenciado ou presenciado, e considere importante para refletir (situação ocorrida em ambulatório, enfermaria, plantão, entre outros locais). Cada aluno foi orientado a entregar na aula seguinte a descrição do relato feito, devendo constar na mesma: descrição da situação; resumo das discussões em sala e o aprendizado conseqüente às reflexões ocorridas.

Essa atividade ao longo do tempo foi se caracterizando como um espaço de escuta e de respeito compartilhado por todos os participantes. Nessa atividade, a função do professor sempre foi de facilitador, organizando os relatos, estimulando os debates de aspectos importantes relativos às atitudes, com ênfase na relação do médico com os seus pacientes, com os colegas e com os demais profissionais de saúde (SANTOS GUERRA, 2006).



Caracteriza em essência, um exercício de reflexão das práticas vivenciadas pelo estudante de medicina, em um curso onde há escassez de momentos semelhantes, ante a preocupação essencialmente com os aspectos cognitivos ou técnico-científicos da prática médica. Buscou-se enfim, apresentar ao aluno “ um encontro qualitativo” da ação do médico, envolvendo as relações entre a técnica e o humano, como fundamento ético da medicina (SCHRAIBER, 2008).

4.6 Plano de descrição e análise

Os dados coletados são referentes às avaliações dos alunos, realizadas nos módulos MERHU (primeiro período), constando de: autoavaliação e avaliação do módulo pelos alunos (questionário) e no módulo DPP III (sétimo período), constando de: autoavaliação, avaliação do módulo (questionário) e o relato de vivências (relatos individuais de todos os alunos). O questionário de avaliação do módulo e a autoavaliação foram utilizados para todos os alunos que constituem a amostra.

A análise quantitativa foi feita a partir de banco de dados com as respostas dos alunos ao questionário nos dois momentos do curso. Foi viabilizada através da comparação das frequências, entre as variáveis do questionário de avaliação do módulo, preenchido pelos mesmos alunos evolutivamente no 1º. Período e no 7º. período, verificando a significância estatística (ANEXOS 5 e 6).

A abordagem qualitativa foi empreendida a partir da análise documental dos relatos dos alunos, constantes na autoavaliação e nos relatos de vivências. Nesse sentido, entendeu-se como documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano (LÜDKE, 1986).

Os dados dos relatos de vivências foram submetidos a um processo de categorização, de maneira a se conseguir uma organização dos mesmos, verificando os aspectos comuns entre eles, com posterior tematização, em busca de empreender uma *análise do conteúdo*, tomando por base, a inferência formal da possibilidade existir uma correspondência entre o discurso, as características do estudante de medicina e a cultura na qual o mesmo está inserido (BARDIN, 2010).

A não existência de grupo-controle justificou-se pelos aspectos referentes ao universo estudado, com a análise dos dados provenientes dos mesmos alunos, em períodos distintos do curso, sem a pretensão de generalização dos resultados.



Ressalte-se o ineditismo da contribuição do presente estudo, considerando que os registros da literatura (GONDIM, 2002; CATALDO, 2006 entre outros) habitualmente não se reportam ao caráter evolutivo do processo vivenciado pelos alunos durante a formação médica.

4.7 Considerações éticas

O presente estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e aprovado seu relatório final em 8 de fevereiro de 2011 (ANEXO 8).



Capítulo V

ANÁLISE QUANTITATIVA

5.1 Análise quantitativa dos resultados obtidos nos questionários de avaliação dos módulos pelos alunos

A avaliação do módulo pelos alunos integra a proposta metodológica dos módulos em estudo, desde a implantação dos mesmos. Representa uma ampliação do processo avaliativo, entendendo a necessidade dele não se restringir à aprendizagem apenas dos alunos. Inclui a avaliação da prática docente como um requisito para atingir melhorias no processo de ensino/aprendizagem (SANTOS GUERRA, 2003).

5.2 Universo amostral

Foram analisados um total de 279 alunos de Medicina no 1º período ao cursarem o módulo Medicina, Ética e Relações humanas (MERHU). Por sua vez, no 7º período, foram analisados um total de 284 alunos de Medicina ao cursarem o módulo Desenvolvimento Pessoal e Profissional III (DPP III). Esse quantitativo de alunos corresponde a aproximadamente 32% do total de 864 alunos matriculados no curso de Medicina no ano de 2009 (SIGA/UFPE, 2009).

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários nos módulos humanísticos MERHU e DPP III são apresentados abaixo na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de frequência de variáveis sócio demográficas da amostra e das respostas obtidas nos questionários de avaliação dos módulos aplicados no 1º e no 7º períodos.

2005-2009				
1º Período		7º Período		P
MERHU (n=279)	%	DPP III (n= 284)	%	
Sexo				
Masculino- 129	46	Masculino-138	48,5	P=0,7
Feminino - 145	52	Feminino- 146	51,5	
S/ inform- 05	02	S/ inform - 00		
Faixa Etária				
≤ 20 anos – 155	55	≤ 20 anos – 3	01	P=0,0001
21-25 anos – 117	42	21-25 anos – 247	87	
26-30 anos - 02	01	26-30 anos – 33	11,5	
> 30 anos - 01	0,5	> 30 anos – 01	0,5	
Não inform. - 04	1,5	Não inform. - 00	00	
Estado Civil				
Solteiros- 272	98	Solteiros- 275	97	P=0,6
Casados- 02	0,5	Casados - 09	03	
S/ inf - 05	1,5	S/ inf - 00	00	
Questão 1 – Existência do módulo				
Positiva- 273	98	Positiva – 272	95,7	P=0,7
Negativa 00	00	Negativa- 07	2,5	
S/ opinião - 06	02	S/ opinião- 05	1,8	
Questão 2 – Metodologia de ensino				
Inadequada – 03	01	Inadequada – 6	02	P=0,01
Adequada – 125	45	Adequada – 106	37,5	
Estimulante - 86	31	Estimulante- 63	22	
Desestimulante – 01	0,5	Desestimulante – 09	03	
Adeq+Estim - 58	20,5	Adeq+Estim – 98	34,5	
Questão 3 - O conteúdo do módulo				
Importante - 273	98	Importante- 280	98,5	N/ signif
S/import. - 00	00	S/ import. - 03	1	
Não respondeu - 06	02	Não respondeu – 01	0,5	
Questão 4 – Repercussão emocional				
Sim- 261	93,5	Sim - 233	82	P<0,0001
Não- 12	4,5	Não- 49	17	
S/resposta -06	02	S/resposta - 02	01	
Questão 5- Relação professor/aluno				
Regular – 10	3,5	Regular - 05	1,5	P=0,03
Bom - 114	41	Bom- 95	33,5	
Excelente -150	54	Excelente -184	65	
Questão 6 – A avaliação utilizada				
Inadequada – 05	1,5	Inadequada – 05	1,5	P=0,8
Adequada – 156	56	Adequada – 101	35,5	
Estimulante – 60	21,5	Estimulante- 49	17,5	
Desestimulante – 05	1,5	Desestimulante – 05	1,5	
Adeq+Estim - 48	17,5	Adeq+Estim – 125	44	
S/resposta – 06	02	S/resposta – 00	00	

5.3 Características demográficas

Em relação à distribuição por sexo entre os grupos do módulo MERHU e DPP III, não foram observadas diferenças significativas (M=46% e F=52% vs M=48,5% e F=51,5%) (Gráfico 1). Esses achados coincidem com os registrados na literatura, onde é ressaltado que em algumas regiões do Brasil há uma tendência ao predomínio de um ou outro sexo, porém, regra geral, existe um equilíbrio em relação ao gênero na maioria dos Estados brasileiros, embora seja constatada uma tendência ao número crescente de estudantes do sexo feminino (ABEM, 2005).

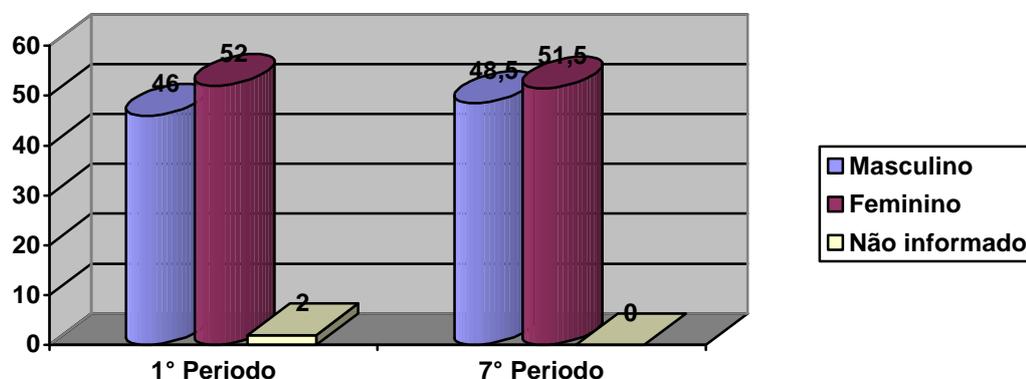


Gráfico 1. Distribuição dos percentuais de alunos investigados no 1º e no 7º período por sexo.

O estado civil “solteiro” foi identificado em mais de 95% da amostra de alunos estudados, tanto no 1º quanto no 7º período do curso médico (solteiros MERHU=98% vs. solteiros DPP III = 97%) (Gráfico 2).

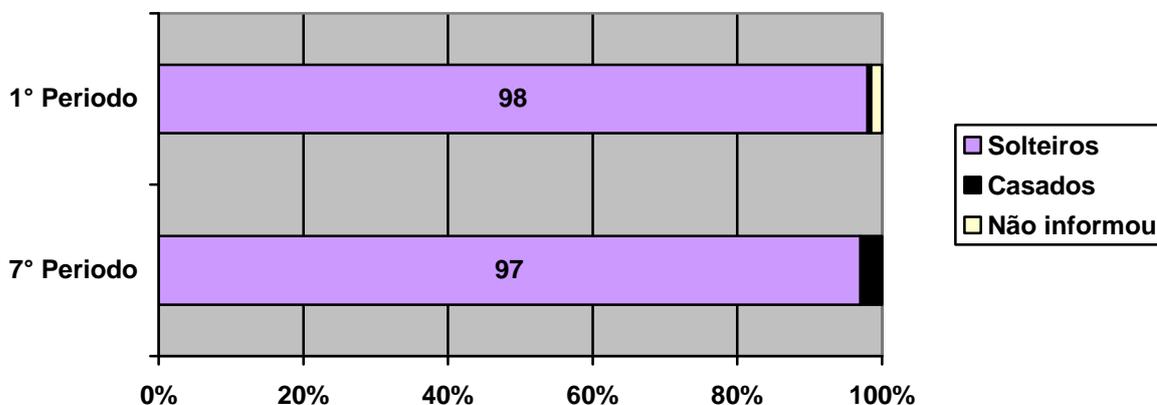


Gráfico 2. Distribuição dos percentuais de alunos investigados no 1º e no 7º período pelo estado civil.

As amostras dos módulos MERHU e DPP III logicamente diferiram significativamente ($P=0,0001$) quanto a faixa etária. Mais da metade (55%) dos alunos investigados no 1º período do curso médico tinha 20 anos ou menos, enquanto no 7º período, quase todos (99%) apresentavam idade acima de 20 anos (Gráfico 3).

Esses achados à semelhança com os encontrados na literatura demonstram que os estudantes de medicina estão predominantemente na faixa etária entre os 17 anos e os 26 anos de idade. Dessa maneira, encontram-se entre a adolescência e o início da vida adulta. Esse contexto necessita ser considerado visando a facilitar a adaptação dos mesmos às questões frequentes da prática médica, especialmente no que se refere ao lidar com o sofrimento, a realidade das instituições de saúde e a morte (LORETO, 1985; ARRUDA,1999).

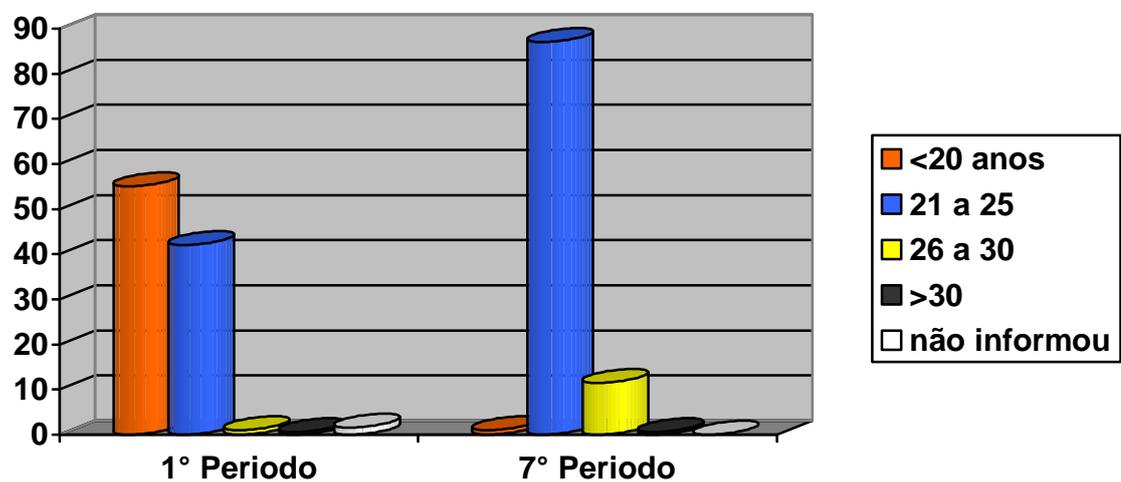


Gráfico 3. Distribuição dos percentuais de alunos investigados no 1º e no 7º período por faixa etária

Os achados obtidos foram também analisados de modo estratificado por sexo e por faixa etária. A tabela 2 apresenta a distribuição das frequências de respostas obtidas entre as mulheres nos dois módulos humanísticos investigados, enquanto, a tabela 3 mostra a distribuição das repostas entre os homens nos dois módulos referidos. Por fim a tabela 4 apresenta a distribuição dos resultados obtidos nos dois módulos averiguados divididos conforme a faixa etária do aluno.

Tabela 2. Resultados obtidos com os estudantes do sexo feminino nos módulos MERHU e DPP-III. (2005-2009)

Sexo feminino				
MERHU (n=145)	%	DPP- III (n=146)	%	P
Faixa Etária				
≤ 20 anos - 85	58,5	≤ 20 anos - 00	00	P=0,0001
21-25 anos - 59	41	21-25 anos - 128	88	
26-30 anos - 01	0,5	26-30 anos - 18	12	
> 30 anos - 00	0	> 30 anos - 00	00	
Estado Civil				
Solteiras- 145	100	Solteiras- 142	97	<i>N/ signif.</i>
Casadas- 00	00	Casadas- 4	03	
Questão 1 – Existência do módulo				
Positiva- 145	100	Positiva - 141	96,5	<i>N/ signif.</i>
Negativa 00	00	Negativa - 02	1,5	
S/opinião – 00		S/opinião – 03	02	
Questão 2 – metodologia de ensino				
Inadequada – 03	2	Inadequada – 02	1,5	P=0,9
Adequada – 62	43	Adequada – 58	39,5	
Estimulante- 47	32,5	Estimulante- 35	24	
Desestimulante – 01	1	Desestimulante – 02	1,5	
Adeq + Est. – 32	22	Adeq + Est. – 48	33	
Questão 3 - o conteúdo do módulo				
Importante - 145	100	Importante - 144	98	<i>N/ signif.</i>
Sem import – 00	00	Sem import – 01	01	
Sem opinião – 00	00	Sem opinião – 01	01	
Questão 4 – Repercussão emocional				
Sim- 140	96,5	Sim- 126	86,5	P=0,001
Não- 04	3	Não- 19	13	
S/resposta -01	0,5	S/resposta -01	0,5	
Questão 5- Relação professor/aluno				
Regular – 07	5	Regular – 02	1,5	P=0,5
Bom - 61	42	Bom - 56	38,5	
Excelente-77	53	Excelente-88	60	
Questão 6 – A avaliação utilizada				
Inadequada – 02	1,5	Inadequada – 03	02	P=0,9
Adequada – 82	56,5	Adequada – 57	39	
Estimulante- 36	25	Estimulante- 26	18	
Desestimulante – 03	02	Desestimulante – 01	0,5	
Adeq + Est. – 21	14,5	Adeq + Est. – 59	40,5	
Inad+Desest – 01	0,5	Inad+Desest – 00	00	

Tabela 3. Resultados obtidos com os estudantes do sexo masculino nos módulos MERHU e DPP-III. (2005-2009)

Sexo masculino				
MERHU (n=129)	%	DPP-III (n=138)	%	P
Faixa Etária				
≤ 20 anos - 70	54	≤ 20 anos - 3	02	
21-25 anos - 57	44	21-25 anos - 119	86	
26-30 anos - 01	01	26-30 anos - 15	11	
> 30 anos - 01	01	> 30 anos - 1	01	P=0,001
Estado Civil				
Solteiros- 128	99	Solteiros- 133	96,5	
Casados - 1	01	Casados - 5	3,5	<i>N/ signif</i>
Questão 1 - Existência do módulo				
Positiva - 128	99	Positiva - 131	95	
Negativa- 0	00	Negativa - 5	3,5	
s/ opinião- 1	01	s/ opinião - 2	1,5	<i>N/ signif</i>
Questão 2 - metodologia de ensino				
Inadequada - 0	0	Inadequada - 4	3	
Adequada - 63	49	Adequada - 48	35	
Estimulante- 39	30	Estimulante- 28	20	
Desestimulante - 1	01	Desestimulante - 7	05	
Adeq+ Est - 26	20	Adeq+ Est - 50	36	P=0,1
Questão 3 - o conteúdo do módulo				
Importante- 128	99	Importante- 136	98,5	
Sem import.- 1	01	Sem import - 2	1,5	<i>N/ signif</i>
Questão 4 - Repercussão emocional				
Sim- 121	94	Sim- 107	77,5	
Não- 8	06	Não- 30	21	
S/resposta -0	00	S/resposta -1	0,5	P=0,0002
Questão 5 - Relação professor/aluno				
Regular - 3	2,5	Regular - 3	2,5	
Bom- 53	41	Bom- 39	28	
Excelente-73	56,5	Excelente-96	69,5	P=0,08
Questão 6 - A avaliação utilizada				
Inadequada - 2	02	Inadequada - 0	00	
Adequada - 74	57	Adequada - 44	32	
Estimulante - 24	18,5	Estimulante - 23	16,5	
Desestimulante - 1	01	Desestimulante - 2	1,5	
Adeq+ Est - 28	22	Adeq+ Est - 66	48	
Inad+Desest - 0	00	Inad+Desest - 3	02	P=0,9

As respostas ao questionário após análise estratificada por sexo, não demonstraram diferenças. Esses achados coincidem com os registros da literatura, evidenciando alguns comportamentos como inerentes ao gênero, como o fato das alunas serem mais sensíveis que os alunos, que por sua vez, tendem a ser mais impulsivos, dentro do contexto observado na população em geral. Porém, em relação à visão da medicina, assim como no que se refere às questões vocacionais, as posturas são semelhantes (MILLAN, 2005)



Tabela 4. Resultados obtidos com os questionários aplicados no 1º e no 7º período, divididos por faixas etárias. (2005-2009)

Até 20 anos		21 a 25 anos		Acima de 25 anos	
MERHU n=155 (55%)	DPP-III n=3 (1%)	MERHU n=117 (42%)	DPP-III n=247 (87%)	MERHU n=3 (1%)	DPP-III n=34 (12%)
Sexo					
Masculino-70 (45%)	Masculino- 3 (100%)	Masculino - 57 (49%)	Masculino - 119(48%)	Masculino 2 (66,5%)	Masculino- 16 (46%)
Feminino - 85 (55%)	Feminino - 0	Feminino - 59 (50%)	Feminino 128 (52%)	Feminino 1 (33,5%)	Feminino 18 (54%)
S/ inform-0	S/ inform- 0	S/ inform - 1 (1%)	S/ inform- 0	S/ inform- 0	S/ inform- 0
Estado Civil					
Solteiros 155 (100%)	Solteiros- 3 (100%)	Solteiros- 116 (99%)	Solteiro 243 (98,5%)	Solteiros- 2 (66,5%)	Solteiros- 29 (85%)
Casados - 0	Casados - 0	Casados - 1(1%)	Casados - 4 (1,5%)	Casado – 1 (33,5%)	Casados - 5 (15%)
Questão 1. Existência do módulo					
Positiva- 155 (100%)	Positiva – 3 (100%)	Positiva – 116 (99%)	Positiva – 237 (96%)	Positiva – 3 (100%)	Positiva – 32 (94%)
Negativa- 0	Negativa - 0	Negativa- 0	Negativa- 5 (2%)	Negativa- 0	Negativa- 2 (6%)
s/ opinião- 0	s/ opinião - 0	s/ opinião- 1 (1%)	s/ opinião- 5 (2%)1	s/ opinião- 0	s/ opinião- 0
Questão 2. Metodologia de ensino					
Inadequada – 2 (1%)	Inadequada – 0	Inadequada – 1 (1%)	Inadeq –7 (3%)	Inadequada – 0	Inadequada – 0
Adequada – 65 (42%)	Adequada – 0	Adeq – 59 (50,5%)	Adeq – 88 (35,5%)	Adequada –1 (33%)	Adeq – 18 (53%)
Estimul- 58 (37,5)	Estimul.- 1 (33%)	Estimul- 27 (23%)	Estimul- 57 (23%)	Estimul.- 1 (33%)	Estimul- 5 (15%)
Desestimul 1 (0,5)	Desestimulante – 0	Desestim – 2 (1,5%)	Desest – 6 (2,5%)	Desestimulante – 0	Desestimul – 3 (9%)
Adeq+ Est – 29 (19%)	Adeq+ Est – 2 (66%)	Adeq+ Est – 28 (24%)	Adeq+ Est – 89 (36%)	Adeq+ Est – 1 (33%)	Adeq+ Est – 8 (23%)
Questão 3. O conteúdo do módulo					
Importante- 154 (99,5%)	Importante- 3 (100%)	Importante- 117 (100%)	Importante-245 (99%)	Importante - 3 (100%)	Importante- 32 (94%)
Sem import - 0	Sem import – 0	Sem import - 0	Sem import 2 (1%)	Sem import 0	Sem import – 1 (3%)
S/ opinião- 1 (0,5%)	S/ opinião - 0	S/ opiniãot.- 0	S/ opiniãot.- 0	S/ opiniãot.- 0	S/ opinião - 1 (3%)
Questão 4 - Repercussão emocional					
Sim- 148 (95,5%)	Sim- 3 (100%)	Sim- 112 (95,5%)	Sim- 207 (84%)	Sim- 2 (66%)	Sim- 23 (67,5%)
Não- 6 (4%)	Não- 0	Não- 5 (4,5%)	Não- 38 (15%)	Não- 1 (33%)	Não- 11 (32,5%)
S/resposta -1 (0,5%)	S/resposta -0	S/resposta -0	S/resposta -2 (1%)	S/resposta -0	S/resposta -0
Questão 5. Relação professor/aluno					
Regular - 5 (3%)	Regular - 0	Regular - 5 (4%)	Regular - 4 (1,5%)	Regular - 0	Regular - 1 (3%)
Bom- 65 (42%)	Bom- 0	Bom- 49 (42%)	Bom- 84 (34%)	Bom- 0	Bom- 12 (35%)
Excelente-85 (55%)	Excelente- 3 (100%)	Excelente-63 (54%)	Excel- 159 (64,5%)	Excelente- 3 (100%)	Excelente-21 (62%)
Questão 6. A avaliação utilizada					
Inadequada – 2 (1%)	Inadequada – 0	Inadeq – 2 (1,5%)	Inadeq – 4 (2%)	Inadequada – 0	Inadequada – 0
Adeq – 87 (56%)	Adeq – 1 (33%)	Adeq – 67 (57%)	Adeq – 84 (34%)	Adequada – 2 (66%)	Adeq – 16 (47%)
Estimul. – 35 (23%)	Estimul – 1 (33%)	Estimul – 25 (21,5%)	Estimul – 42 (17%)	Estimulante – 0	Estimul – 6 (17,5%)
Desestimul – 2 (1%)	Desestimulante – 0	Desestim – 2 (1,5%)	Desestim – 3 (1,5%)	Desestimulante – 0	Desest – 12 (35,5%)
Adeq+ Est – 29 (19%)	Adeq+ Est – 1 (33%)	Adeq+ Est – 20 (17%)	Adeq+ Est – 112 (45%)	Adeq+ Est – 1 (33%)	Adeq+ Est – 0
Inad+Desest – 0	Inad+Desest – 0	Inad+Desest – 1 (0,5)	Inad+Dest – 2 (1%)	Inad+Desest – 0	Inad+Desest – 0



5.4 Resultados obtidos com os questionários

Conforme descrição anterior, o questionário elaborado pelo autor do estudo, é composto por oito questões, sendo seis fechadas, com respostas disponíveis para escolha do aluno e duas abertas (ANEXOS 3 e 4). A sequência das questões no questionário corresponde a três aspectos distintos relacionados entre si, conforme descrição a seguir:

1. A importância da temática dos módulos, situando os dois momentos distintos (1º. e 7º. períodos), verificando no primeiro momento, a pertinência da existência dos mesmos em conjunto com os diversos módulos de outras áreas integrantes do início do curso. No segundo momento, a mesma verificação ocorreu no contexto dos módulos clínicos e cirúrgicos;
2. A metodologia de ensino utilizada, avaliando-se os diversos recursos utilizados, com um mínimo de aulas expositivas, utilização de seminários e uma avaliação diversificada;
3. A qualidade da relação estabelecida entre o professor e os alunos;

As duas questões abertas, que finalizam o questionário, dizem respeito às sugestões para o aprimoramento dos módulos e o registro pelo aluno do que ele considerou como mais significativo em termos de aprendizagem. Essas questões não foram trabalhadas quantitativamente e serão analisadas qualitativamente em conjunto com a análise da autoavaliação e dos relatos de vivências em capítulo posterior.

O questionário foi aplicado nas quatro turmas nos dois momentos distintos do curso, em conjunto com a autoavaliação, no último dia de aula. Os alunos foram estimulados a responder após realizarem a autoavaliação, tendo em vista uma das questões se referir ao processo avaliativo utilizado.

A seguir, serão explicitados os dados obtidos nas quatro turmas, nos dois momentos (MERHU e DPP III), ao responderem o questionário.

As questões 1, 3 e 4, serão analisadas em conjunto por serem interligadas, conforme descrição acima.



Questão 1

Como avalia a experiência do módulo no contexto curricular?

Mais de 95% dos alunos avaliaram como “positiva” a experiência dos módulos humanísticos tanto no 1º quanto no 7º período. Observou-se entretanto, uma tendência não significativa ($P = 0,7$) de aumento da avaliação negativa do módulo do 1º período para o módulo do 7º período (Neg. no MERHU=0 vs. Neg. no DPP III= 7).

No que se refere a uma discreta diferença de respostas positivas em DPP III em relação a MERHU, pode-se entender como sendo resultante do momento em que os estudantes se encontravam. Em MERHU houve uma tendência às respostas negativas possivelmente pelo fato dos mesmos ainda se encontrarem sem uma percepção clara da utilidade dos conteúdos dos diversos módulos no 1º. período, em relação a sua atuação posterior como médico. Em DPP III, além da possível interferência do processo de amadurecimento pessoal, o módulo está completamente vinculado às experiências já vivenciadas pelos mesmos, contribuindo para a positividade das respostas que foram dadas a essa questão.

Esses achados são referendados pela literatura realçando a necessidade dos conteúdos programáticos estarem integrados ao momento vivenciado pelos estudantes no curso (SANTOS GUERRA, 2007).

Questão 3

Como avalia o conteúdo abordado?

Quase a totalidade (98%) dos acadêmicos de medicina que responderam aos questionários considerou o conteúdo dos módulos MERHU e DPP III como: “importante para sua formação médica”.

Esses achados podem ser também justificados através dos aspectos referidos na análise da questão anterior.

Questão 4

Qual a importância da existência o módulo do ponto de vista emocional?

Observa-se, na comparação das respostas obtidas nos diferentes momentos do curso, que os alunos do 1º período do curso afirmaram significativamente mais, que o módulo teve “sim” importância emocional para ele do que os alunos entrevistados no 7º período do curso (MERHU - sim=93,5% e não=4,5% vs. DPP III – sim= 82% e não = 17% $\Rightarrow X^2 = 23,8$ e $P= 0,00001$).

Esses achados estão possivelmente relacionados ao momento vivenciado no curso e especialmente à faixa etária dos estudantes. Os alunos no 1º. período (MERHU), estão, como já referido, ainda na adolescência ou início da vida adulta. Estão presentes nessa condição, inúmeras experiências caracterizadas como transicionais. Ocorrem mudanças biológicas, no sentido das transformações físicas concomitantes com o aparecimento de questões emocionais vinculadas à faixa etária, em relação à identidade no sentido mais amplo possível, englobando as questões relacionadas à sexualidade, à escolha da profissão e à responsabilidade consigo próprio. Essas questões se vivenciadas conflitivamente, podem gerar desconforto emocional e caracterizam uma das chamadas crises vitais do ciclo da vida humana (JEAMMET,1982). Considerando o contexto, não é difícil justificar as respostas positivas desses alunos quanto à importância do módulo do ponto de vista emocional.

Em relação ao segundo grupo no 7º. período, as respostas positivas são significativamente menores em relação à importância emocional dos módulos para os mesmos. Essa ocorrência, considerando as diferenças entre as faixas etárias e o momento do curso, podem ser facilmente compreendidas.

O gráfico 4 representa a distribuição do percentual de respostas obtidas na questão “4” “que se refere repercussão emocional do módulo humanístico com os alunos do 1º período com 20 anos ou menos e com alunos do 7º período entre 21 e 25 anos e alunos de mais de 25 anos.

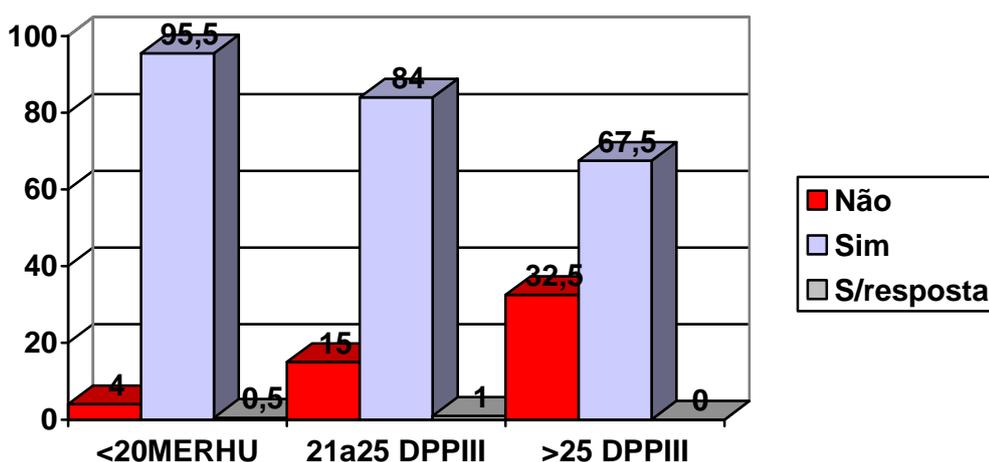


Gráfico 4. Distribuição do percentual de respostas da “questão 4” entre os alunos de 20 anos ou menos de MERHU; os alunos entre 21 e 25 anos de DPP III e os alunos com mais de 25 anos de DPP III.

As questões 2 e 6 se referem à metodologia de ensino, incluindo a avaliação dos módulos e serão analisadas em conjunto.



Questão 2

- Como avalia a metodologia utilizada?

Mais de 90% dos alunos consideraram “adequada e/ou estimulante” a metodologia utilizada pelos docentes tanto no 1º quanto no 7º períodos (MERHU=96,5% vs. DPP III = 94%). Verificou-se, contudo, que entre os alunos analisados no 7º. período houve uma tendência de aumento significativo ($P= 0,01$) na frequência de respostas que consideravam a metodologia “inadequada e/ou desestimulante” (inad+desest em MERHU= 4 vs inad+desest em DPP III= 15).

OBS: Os resultados da “questão 2” foram analisados após as respostas serem agrupadas sob os títulos “adequada e/ou estimulante” e “inadequada e/ou desestimulante” em decorrência da baixa frequência de algumas opções de respostas.

O entendimento dessas respostas pode estar associado também ao que foi referido na análise das respostas à questão 4. Porém, embora não tenha havido o interesse em identificar os alunos, percebeu-se que as respostas “inadequada /desestimulante “em relação à metodologia utilizada, em parte podem ter sido expressas por alguns alunos que registraram a interferência da timidez na sua participação nas aulas de DPP III, tanto na autoavaliação como nos relatos de vivências, cuja análise será feita posteriormente. As respostas negativas podem ser compreendidas se considerarmos esse contexto acima, ante a possibilidade desses alunos sentirem algum desconforto com a exposição diante dos colegas.

Questão 6

O que achou da avaliação dos alunos?

Quase a totalidade da amostra (95%) considerou como: “adequada e/ou estimulante” a metodologia utilizada pelos docentes na avaliação dos alunos tanto no 1º quanto no 7º períodos (MERHU=95% vs. DPP III = 97%). Sendo que a frequência de respostas que consideraram a avaliação como “inadequada e/ou desestimulante” foi idêntica entre os alunos do módulo MERHU (1,5%) e o módulo DPP III (1,5%).

OBS: Os resultados da “questão 6” foram analisados após as respostas serem agrupadas sob os títulos “adequada e/ou estimulante” e “inadequada e/ou desestimulante” em decorrência da baixa frequência de algumas opções de respostas. Além disso, 2% dos alunos não responderam a essa questão no 1º. módulo MERHU.

Esses achados onde a maioria dos alunos aprova a sistemática de avaliação dos módulos, pode ser percebido como uma possível aceitação da proposta inovadora no sentido de uma

avaliação que utiliza diversos instrumentos, com possibilidades de conseguir uma maior abrangência nos seus objetivos (ZABALA,1998; SANTOS GUERRA, 2007).

Ressalte-se que a autoavaliação é valorizada pela maioria, conforme registro em Capítulo posterior nos dois momentos, não só pelo processo reflexivo em si, também pela não aplicação de uma avaliação cognitiva, percebida como sobrecarga, considerando o número de avaliações existentes nos dois períodos. O mesmo raciocínio pode ser feito em relação aos seminários no 1º. período e aos relatos de vivências no 7º. Período.

Questão 5

– Como avalia o relacionamento professor/aluno?

Quase a totalidade dos alunos (95%) investigados nos dois módulos humanísticos considerou “bom” ou “excelente” o relacionamento professor-aluno. Observou-se ainda uma tendência significativa ($P=0,03$) de aumento na frequência dos alunos que acharam a relação professor-aluno “excelente” no módulo do 7º período (MERHU=54% vs. DPP III = 63%).

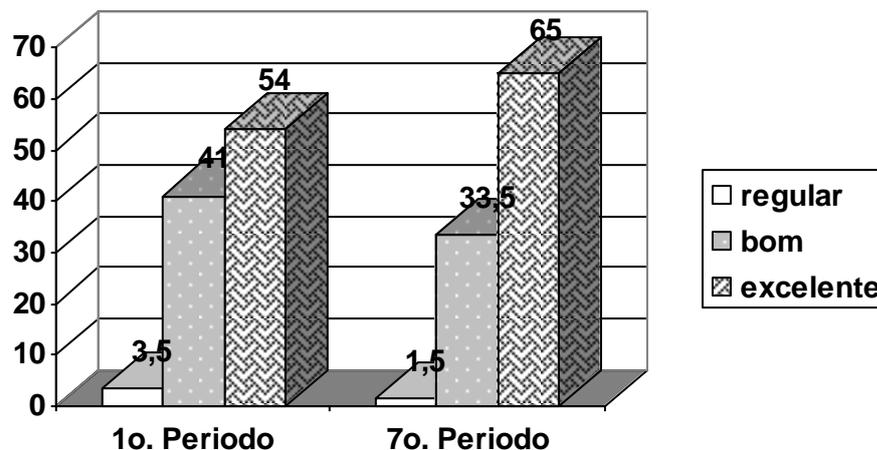


Gráfico 5. Distribuição do percentual de respostas obtidas no 1º. 1 no 7º. Período, na “questão 5” que se refere à relação entre o professor e o aluno

A tendência de aumento significativo dos alunos do 7º. período a avaliarem a relação do professor com os alunos como positiva, pode ser justificada pelo contexto de DPP III, diverso do que ocorre em MERHU. Em MERHU apenas um professor é responsável pela turma de aproximadamente 70 alunos, o que dificulta um contato mais próximo. Por sua vez, em DPP III, a turma é dividida em 2 ou 3, proporcionando uma convivência mais próxima entre o docente e os alunos, com possibilidade de identificá-los pelo nome, além da proximidade que se estabelece nas discussões dos relatos de vivências.



Capítulo VI

ANÁLISE QUALITATIVA



6.1 Autoavaliação realizada pelos alunos

A autoavaliação, conforme descrição anterior no Capítulo dos Procedimentos Metodológicos foi utilizada ao final dos dois módulos, MERHU e DPPIII, nas quatro turmas que constituíram o estudo. Inicialmente, houve a sugestão de alguns tópicos por parte do docente, no sentido de facilitar o processo, de maneira ordenada, ou seja: a frequência às aulas; a postura ética com os colegas e o professor e a aprendizagem do módulo. Ao final, foi solicitado aos alunos que estipulassem uma nota, coerente com o relato que os mesmos fizeram.

Momentos antes da sua ocorrência foi comum algumas manifestações dos alunos, surpresos por estarem realizando uma avaliação na qual não necessitaram estudar para realizá-la. Constituiu uma oportunidade para o docente observar o comportamento dos alunos diante da tarefa solicitada. Alguns apresentaram dificuldade na sua realização, solicitando ajuda ou orientação e não raro, alguns manifestaram a sua surpresa ante esse tipo de avaliação, referindo ser a primeira vez a vivenciar tal experiência. Essa afirmativa se referiu em grande parte, à participação do aluno na avaliação oficial do módulo e a própria experiência em relação a atribuir nota, por acreditar ser uma prerrogativa do professor. Esses relatos comungam com as afirmativas de Santos Guerra (2007), ao se referir às dificuldades inerentes aos processos de mudança na sistemática das avaliações, especialmente no que se refere à viabilização da autoavaliação como uma nova postura na qual o estudante deixa de ser coadjuvante, passando a protagonista da ação.

A seguir, serão explicitados os relatos dos alunos nas autoavaliações, seguindo tópicos específicos, nos dois momentos concomitantemente (MERHU e DPP III), visando facilitar a identificação de achados comuns ou diferenças na percepção dos mesmos nos respectivos períodos do curso, com possibilidades de comparação entre os mesmos.

**Quadro 1** - Autoavaliação dos alunos em MERHU, analisando a frequência às aulas. (2005-2006)

	Turmas (n=279 alunos)								Total (100%)
	118		119		120		121		
	Masculino n=31 (55,7%)	Feminino n=28 (44,3%)	Masculino n=42 (40,0%)	Feminino n=31 (60,0%)	Masculino n=40 (43,6%)	Feminino n=32 (54,6%)	Masculino n=36 (47,1%)	Feminino n=130 (52,9%)	
Frequência									
Integral	6	10	2	2	5	7	6	6	42
Até 2 faltas	31	21	24	34	22	33	25	30	220
> 3 faltas	2	-	2	6	4	-	1	2	17
Justificativas									
Excesso provas	26	16	21	32	20	29	24	28	196
Outros motivos	7	5	5	8	6	4	2	4	41

Quadro 2 - Autoavaliação dos alunos em DPP III, analisando a frequência às aulas. (2008-2009)

	Turmas (n=284 alunos)								Total (100%)
	118		119		120		121		
	Masculino n=36 (53%)	Feminino n=32 (47%)	Masculino n=33 (44%)	Feminino n=42 (56%)	Masculino n=34 (48%)	Feminino n=37 (52%)	Masculino n=32 (46%)	Feminino n=38 (54%)	
Frequência									
Integral	6	5	1	5	6	2	5	2	32
Até 2 faltas	30	27	28	36	26	30	16	28	221
> 3 faltas	-	-	4	1	2	5	11	8	31
Justificativas									
Excesso provas	25	20	27	30	24	32	22	35	215
Outros motivos	5	7	6	7	4	3	5	1	38

Inicialmente, observamos os relatos dos 279 alunos ao cursarem MERHU e dos 284 ao cursarem DPP III, analisando a frequência às aulas. A diferença numérica existente em DPP III diz respeito aos alunos reprovados em algum período ou reintegrados ao curso, devido a algum outro motivo.

Ao analisarem a frequência às aulas, dos 279 alunos que cursaram MERHU, 42 referiram a participação na totalidade das mesmas, sem haver diferenças de gênero. Os registros em DPP III foram semelhantes, com pequena diferença, onde 32 alunos referiram ter frequentado integralmente as aulas.

Em relação ao número de faltas, os relatos foram quase idênticos nos dois momentos, ou seja, 220 em MERHU e 221 em DPP III referiram haver faltado pelo menos a duas aulas, sem



distinção de gênero. Considerando um maior número de faltas, além de 3, em MERHU apenas 17 fizeram esse registro e 31 em DPP III.

Como justificativas para as faltas às aulas, o excesso de provas é destacado nos dois momentos, com pequena diferença numérica em MERHU com 196 alunos em relação a DPP III com 218 alunos. Houve um registro comum, através da frase “*precisei decidir entre vir a aula ou estudar para a prova e me sair bem*”. Os demais motivos citados nos dois momentos englobam problemas de saúde, em si próprio ou na família, além de outros compromissos de ordem pessoal.

A existência de um número excessivo de avaliações é frequentemente identificada entre nós, apesar dos esforços empreendidos no processo de reestruturação do Curso de Medicina. É também um registro constante na literatura nacional sobre o tema, em instituições com projetos pedagógicos distintos, de estrutura com características tradicionais ou até inovadoras (MILLAN, 1999; CATALDO, 2006; OLIVEIRA LIMA, 2007).

Ao se reportarem à participação nas aulas, os termos usados foram *satisfatória*, englobando os registros correspondentes a uma *boa* ou *excelente* avaliação e *insatisfatória*.

Em MERHU, 173 alunos, com pequeno predomínio do sexo feminino, referiram uma participação *satisfatória* no módulo. Por sua vez, em DPP III ocorreu um maior registro de participação *satisfatória* por parte dos alunos, com 246 afirmativas, havendo também um predomínio do sexo feminino.

**Quadro 3** - Autoavaliação dos alunos em MERHU, analisando a participação nas aulas. (2005-2006)

	Turmas (n=279 alunos)								Total (100%)
	118		119		120		121		
	Masculino n=39 (40%)	Feminino n=31 (60%)	Masculino n=28 (44,0%)	Feminino n=42 (56,0%)	Masculino n=31 (44%)	Feminino n=40 (56%)	Masculino n=32 (47%)	Feminino n=36 (53%)	
Satisfatória	23	14	13	27	17	30	24	24	173
Justificativas									
Participação efetiva	16	8	9	20	7	15	20	15	110
Enfrentar timidez	7	6	3	7	10	15	5	7	60
Esquecer número de provas	-	-	1	-	-	-	2	-	3
Insatisfatória	16	17	14	15	14	10	8	12	106
Justificativas									
Timidez	16	17	14	15	14	10	8	12	106

Quadro 4 - Autoavaliação dos alunos em DPP III, analisando a participação nas aulas. (2008-2009)

	Turmas (n=284 alunos)								Total (100%)
	118		119		120		121		
	Masculino n=36 (53%)	Feminino n=32 (47%)	Masculino n=33 (44%)	Feminino n=42 (56%)	Masculino n=34 (48%)	Feminino n=37 (52%)	Masculino n=32 (46%)	Feminino n=38 (54%)	
Satisfatória	32	25	26	36	27	37	28	35	246
Justificativas									
Participação efetiva	24	16	22	25	19	30	18	29	183
Enfrentar timidez	8	9	4	11	8	7	10	6	63
Insatisfatória	4	7	7	6	7	-	4	3	38
Justificativas									
Timidez	4	7	7	6	7	-	4	3	38

Justificando a *participação satisfatória*, os alunos fizeram relatos semelhantes nos dois momentos, colocando em primeira instância, uma participação efetiva no que se refere à *performance* nos debates e seminários ocorridos durante as aulas. De maneira semelhante, nos dois momentos é citado o “*esforço para enfrentar a timidez*”, com discreta tendência de gênero, para o sexo feminino (60 alunos em MERHU e 63 em DPP III). Apenas alguns alunos em MERHU, referiram também o esforço para esquecer o número de provas e assim obter participação satisfatória no módulo.



A participação *insatisfatória* foi registrada por 106 alunos em MERHU e 38 em DPP III, praticamente sem distinção de gênero. Esses alunos, nos dois momentos, colocaram a timidez como justificativa para essa avaliação. A timidez é ressaltada por vários autores, ao se reportarem aos aspectos emocionais dos estudantes da área de saúde, especialmente os de medicina, tendo em vista as características do curso, em termos de exigências aos alunos, a faixa etária dos mesmos assim como as características pessoais antes da chegada à universidade (LORETO, 1985; FACUNDES, 2005).

Ao analisarem a aprendizagem nos dois módulos, os termos utilizados também foram *satisfatória*, englobando bom e excelente; *regular* e *insatisfatória*. Em torno de 274 alunos em MERHU, registraram como *satisfatória* e a totalidade em DPP III (284 alunos).

Quadro 5 - Autoavaliação dos alunos em MERHU, analisando a aprendizagem. (2005-2006)

	Turmas (n=279 alunos)								Total (100%)
	118		119		120		121		
	Masculino n=39 (56%)	Feminino n=31 (44%)	Masculino n=28 (40%)	Feminino n=42 (60%)	Masculino n=31 (44%)	Feminino n=40 (56%)	Masculino n=32 (47%)	Feminino n=36 (53%)	
Satisfatória	38	30	26	41	31	40	32	36	274
Justificativas									
Aprendizagem para vida	24	25	22	33	31	36	30	33	234
Compreensão ser médico	16	11	15	35	16	30	24	32	179
Aprender a conviver	10	12	7	7	8	33	22	28	127
Humano e ético na medicina	7	10	8	16	14	33	18	17	123
Motivação para aula	3	5	-	-	-	-	-	-	8
Vencer preconceito	-	-	6	5	12	-	-	-	23
Enfrentar timidez	1	1	-	-	9	19	-	-	30
Regular	-	-	2	-	-	-	-	-	2
Justificativa									
Timidez	-	-	2	-	-	-	-	-	2
Insatisfatória	-	-	1	1	-	-	-	-	2
Justificativa									
Número de provas	-	-	1	1	-	-	-	-	2



Como principal justificativa para a *aprendizagem satisfatória*, 234 alunos em MERHU relataram ter sido *um aprendizado/experiência para a vida*, justificando a faixa etária, o momento de início do curso e os temas discutidos em sala de aula.

Em DPP III, 266 alunos de maneira semelhante, colocaram *aprendizado/experiência para a vida*, enfatizando o conteúdo e a dinâmica das aulas, percebidos como úteis para o atendimento das suas necessidades no 7º período do curso. Realçaram a escolha dos temas dos seminários pelos alunos, assim como os relatos de vivências.

Esses registros semelhantes dos alunos nos dois momentos do curso conduzem a pensar na possibilidade de que os dois módulos estudados estejam atendendo às necessidades do momento em que eles se encontram. No primeiro momento, pelo caráter informativo necessário aos que estão chegando à Universidade, em associação às questões adaptativas quanto à funcionalidade do curso. O mesmo raciocínio pode ocorrer no segundo momento, relacionando às exigências sentidas pelos alunos 7º período, especialmente no que se refere ao lidar com questões da prática médica, citadas por eles como “*dilemas médicos*”, ou seja, situações nas quais surgem dúvidas quanto a melhor atitude a ser tomada.

Esses achados são referendados pela literatura especializada, através de relatos ressaltando que a educação deve buscar a formação integral do ser humano, de maneira que os conteúdos formativos sejam efetivamente assimilados e incorporados à realidade de vida dos alunos. No contexto do presente estudo, essas respostas podem nos levar a pensar numa possível contribuição ao processo de construção do *ser médico*, com referência a esses alunos (FREIRE, 1983; GANDRA, 2010).

A segunda justificativa dos alunos em MERHU foi a *compreensão do ser médico*, justificada por 179 alunos (71M e 108F), por conta dos temas discutidos nos seminários, com realce para a saúde do médico e a sua autonomia na relação com os pacientes e com as instituições nas quais exerce sua profissão. Essa justificativa em DPP III é citada como *maior compreensão do ser médico* por 118 alunos. São destacados os debates resultantes dos relatos de vivências na prática médica. Diferentemente do momento em MERHU, essa é a quinta justificativa feita pelos alunos.

Na tentativa de compreender essas diferenças nos dois momentos, pode-se deduzir que as afirmativas dos alunos em MERHU foram feitas ainda num contexto teórico, idealizado do início do curso. Por sua vez, em DPP III, na vigência de situações já vivenciadas pelos alunos no dia a dia da prática médica, a expressão *maior compreensão do ser médico*, transparece que algo foi acrescentado ao que existia inicialmente, caracterizando um indício de um processo de construção (REGO, 2003).

Quadro 6 - Autoavaliação dos alunos em DPP III, analisando a aprendizagem. (2008-2009)

	Turmas (n=284 alunos)								Total (100%)
	118		119		120		121		
	Masculino n=36 (53%)	Feminino n=32 (47%)	Masculino n=33 (44%)	Feminino n=42 (56%)	Masculino n=34 (48%)	Feminino n=37 (52%)	Masculino n=32 (46%)	Feminino n=38 (54%)	
Satisfatória	36	32	33	42	34	37	32	38	284
Justificativas									
Aprendizagem para vida	33	29	31	40	29	37	30	37	266
Refletir dilemas	30	31	28	40	27	36	28	35	256
Aprender a conviver	25	26	19	38	25	35	23	32	223
Motivação para aula	20	26	19	35	26	36	28	35	222
Aprender a falar em público	3	1	1	3	6	3	2	-	19
Número de provas	3	-	-	-	7	-	7	-	17
Vencendo o preconceito	-	-	6	2	-	-	4	-	12
Maior compreensão do ser médico	-	-	7	27	18	30	16	20	118
Regular	-	-	1	1	-	-	-	-	2
Justificativa									
Número de provas	-	-	1	1	-	-	-	-	2
Sem comentários	-	-	4	-	-	-	-	-	4

Aprender a conviver com a turma foi a terceira justificativa dos alunos em MERHU. Realçaram que apesar de muitos se conhecerem de cursinhos no preparo para o vestibular, um grupo era desconhecido e isso fez surgir expectativas de como seria a convivência ou integração com o grupo, especialmente na organização dos seminários e nas discussões empreendidas em sala de aula, tendo em vista o lidar com opiniões diferentes acerca de um tema.

O mesmo registro, de *aprender a conviver com a turma* surgiu na mesma sequência em DPP III, como a terceira justificativa dos alunos para uma aprendizagem satisfatória. Nesse grupo 223 alunos (92M e 131F) realçaram que apesar de já se conhecerem há vários semestres, o conteúdo dos relatos de vivências, por vezes, envolvia atitudes e/ou questões pessoais, gerando alguma apreensão, especialmente entre os que se consideravam tímidos, com receio de algum tipo de julgamento por parte de um colega.



A quarta justificativa para uma aprendizagem satisfatória em MERHU, diz respeito ao *caráter humano e ético da medicina*. Nesse tema são englobadas as questões referentes à relação do médico com o paciente, à luz de ideias anteriores ao curso, que foram reformuladas ou fortalecidas através dos seminários, já que no primeiro período, ainda não há condições para aprofundar o tema. Destacam os limites de atuação do médico, especialmente diante de pacientes com doenças graves ou diante da morte. Foi registrado por alguns, a surpresa diante de reflexões ocorridas em seminários, nas quais se admitia a possibilidade de não serem utilizadas medidas extremas para a manutenção da vida a qualquer custo. A ideia que prevalecia era de que o médico deveria fazer tudo para evitar a morte do paciente, independentemente do quadro clínico, do tempo de evolução e das condições de vida do paciente. Certamente essas percepções caracterizam uma visão idealizada da medicina (MILLAN, 1979).

Em DPP III, as justificativas referentes à relação do médico com o paciente, constituem a segunda justificativa mais frequente, com 256 alunos (113M e 143F) respondendo sob o título *“refletir dilemas da prática médica”*. A ênfase foi dada à oportunidade de refletir as vivências, através do relato pessoal e dos colegas, nas quais foram explicitadas ocorrências da prática diária da medicina, envolvendo atitudes, aspectos éticos e questões institucionais que interferem na qualidade da relação estabelecida com o paciente. Essas justificativas fazem pensar na possibilidade de que, nesse período do curso, já ocorreram mudanças na percepção dos alunos, que saem da idealização, passando possivelmente a ter uma visão mais realista da atuação do médico, a partir da reflexão da sua própria experiência.

O *vencer preconceito com módulos vistos como não técnicos*, foi relatado como justificativa em apenas 23 alunos (18M e 5F) de duas turmas em MERHU. O realce dos mesmos é referente a módulos percebidos por alguns como de menor importância no contexto do curso, tendo em vista não serem relativos a conhecimentos de utilidade objetiva e concreta para o médico. São citadas nesse momento do curso, anatomia, bioquímica, biofísica entre outras áreas de conhecimentos.

Em DPP III, ocorre a mesma justificativa, em menor número de alunos, 12 (10M e 2F), também em apenas duas turmas. Esses alunos utilizam um relato diverso de MERHU, citando as áreas cirúrgicas ou de procedimentos referentes a exames complementares, como prioritários à formação do médico. Pode-se pensar que essas percepções estejam vinculadas à ideia corrente na cultura de alguns currículos com características tradicionais, que priorizam os aspectos cognitivos formais em detrimento dos aspectos éticos e humanísticos (REGO, 2003).



Em MERHU, 8 alunos(3M e 5F) referiram sob o título *motivação para assistir aula*, os aspectos referentes à dinâmica de funcionamento do módulo, a qualidade da relação estabelecida com o professor e especialmente ser *um momento para relaxar*, diante da sobrecarga do período (número de avaliações), sem cobranças e sem medo da avaliação.

Em DPP III, 222(90M e 132F) alunos referiram a motivação para o comparecimento às aulas, se referindo à dinâmica de funcionamento do módulo, realçando ser um momento de “tranquilidade” no curso, tendo em vista o quantitativo de módulos e avaliações no 7º. período. Um momento para discutir “dilemas” práticos, percebendo-os como também vivenciados pelos colegas, além da valorização da habilidade e da qualidade da relação do professor com os alunos. Essas afirmativas, analisadas comparativamente, novamente transparecem a ideia da ocorrência de um processo evolutivo nesses alunos, já com uma percepção mais amadurecida da sua realidade.

“*Enfrentar a timidez*” foi relatado por 30 alunos (10M e 20F) em MERHU, como uma experiência positiva de conquista pessoal. Citaram as participações nos debates por solicitação do professor e a participação durante a exposição nos seminários, como experiências construtivas, embora inquietantes. A participação nos seminários foi ressaltada como uma oportunidade para expressar o que estudou ou expressar a opinião pessoal acerca de um tema em público. Esse mesmo conteúdo foi relatado por 19 alunos (12M e 7F) em DPP III, sob o título “*aprender a falar em público*”, com justificativas semelhantes às ocorridas em MERHU, especialmente em relação à participação nos relatos de vivências, com destaque para a expressão de sentimentos diante dos colegas.

As afirmativas desses alunos, nos dois momentos, fortalecem o que os mesmos referiram acerca da aprendizagem como uma experiência para a vida, com indícios de que uma outra construção pessoal ocorre concomitantemente com a *construção do ser médico*.

Apenas em DPP III, 17 alunos do sexo masculino, referiram que a aprendizagem foi *satisfatória*, apesar da dificuldade em “desligar” do excesso de provas e avaliações no 7º. período do curso.

A aprendizagem foi analisada como *regular*, por apenas 2 alunos do sexo masculino em MERHU, o mesmo ocorrendo em DPP III numericamente, diferindo apenas nas justificativas. Foram citadas a timidez e o número de avaliações. Quatro alunos em DPP III, não justificaram.

A aprendizagem percebida como *insatisfatória*, foi expressa apenas em MERHU, por 2 alunos (1M e 1F), relacionando ao número “excessivo” de avaliações.

Quadro 7 - Autoavaliação dos alunos em MERHU, analisando a nota atribuída. (2005-2006)

	Turmas (n=284 alunos)								Total (100%)
	118		119		120		121		
	Masculino n=39 (56%)	Feminino n=31 (44%)	Masculino n=28 (40%)	Feminino n=42 (60%)	Masculino n=31 (44%)	Feminino n=40 (56%)	Masculino n=32 (47%)	Feminino n=36 (53%)	
Notas									
<8,0	1	1	-	-	1	-	2	1	6
8,0	3	1	3	3	3	1	5	2	21
8,5	7	-	3	8	2	2	3	1	26
9,0	10	13	13	19	9	8	13	15	100
9,5	10	11	6	4	11	22	4	15	83
10	8	5	3	8	5	7	5	2	43
Justificativas									
Amadurecimento	28	22	26	39	22	38	23	27	225
Integração	6	8	-	-	-	-	7	22	43
Dificuldade de dar nota	4	4	9	17	13	19	-	-	66
Rendimento apesar da timidez	-	-	-	-	11	19	3	13	46
Motivação para aula	-	-	4	11	10	7	13	25	90
Bom comportamento	-	-	-	-	-	-	1	9	10
Sem comentários	5	2	1	-	4	1	3	2	18

Antes da análise das respostas dos alunos acerca da nota que os mesmos se atribuíram, é oportuno tecer alguns comentários sobre o que se pode chamar de *cultura da nota*. A experiência docente proporciona a percepção de vários contextos do cotidiano dos estudantes de medicina. Sabe-se que o aluno desde o momento em que pensa em vir a ser médico, associa a essa intenção, a necessidade de enfrentar uma verdadeira batalha por melhores notas, para conseguir passar num dos vestibulares mais concorridos. Ao ser admitido para iniciar o curso, essa cultura permanece de maneira que, em várias oportunidades, a preocupação deixa de ser com a sua nota, para observar a do outro, que pode ter conseguido resultado melhor que o seu. Ressalte-se que tal situação não deveria existir, tendo em vista que formalmente não haveria mais concorrência. Porém, na prática, ela aparenta ainda estar presente.

Na Universidade Federal de Pernambuco, a criação do Sistema de Informações e Gestão Acadêmica (SIGA), possivelmente contribuiu para a modificação de algumas posturas



institucionais. Passou-se ao registro das notas em um sistema cujo acesso é individualizado e cada aluno pode acessar com a sua senha pessoal verificar sua nota, porém não pode ter acesso às notas de um colega. Concomitantemente, os Departamentos foram estimulados a não afixar os resultados das avaliações dos alunos através de mapas de notas de toda a turma. Entende-se que, possivelmente essa iniciativa institucional, poderá a médio ou longo prazo contribuir para que a *cultura da nota* ainda vigente, assimile mudanças associadas também à implantação de outras metodologias de avaliação, nas quais a nota deixe de ser a prioridade, cedendo o lugar para o aquisição de conhecimentos.

Em relação à nota atribuída ao final da autoavaliação 6 alunos (4M e 2F), no primeiro momento, se atribuíram nota inferior a 8. Em DPP III, isso ocorreu com apenas uma aluna.

A nota 8 foi atribuída por 21 alunos (14M e 7F) em MERHU e por apenas 6 (5M e 1F) em DPP III. Em torno de 26 alunos (15M e 11F) se atribuíram nota 8,5 no primeiro momento e no segundo, apenas 5 (2M e 3F).

Em MERHU, 100 alunos (45M e 55F) se avaliaram com nota 9, ao passo que em DPP III, esse número foi de 38 alunos (22M e 16F).

As maiores notas (9,5 e 10) foram atribuídas no primeiro momento por 126 alunos (52M e 74F). No segundo momento em DPP III, ocorreu quase a duplicação da atribuição dessas notas, com 234 alunos (106M e 126F), dos quais, 145 se atribuíram nota 10. Em MERHU, essa ocorrência foi apenas em 43 alunos.

Quadro 8 - Autoavaliação dos alunos em DPP III, analisando a nota atribuída. (2008-2009)

	Turmas (n=284 alunos)								Total (100%)
	118		119		120		121		
	Masculino n=36 (53%)	Feminino n=32 (47%)	Masculino n=33 (44%)	Feminino n=42 (56%)	Masculino n=34 (48%)	Feminino n=37 (52%)	Masculino n=32 (46%)	Feminino n=38 (54%)	
Notas									
<8,0	-	-	-	-	-	-	-	1	1
8,0	2	-	2	1	1	-	-	-	6
8,5	2	-	-	1	-	-	-	2	5
9,0	7	4	4	4	4	4	7	4	38
9,5	10	13	7	10	10	15	14	10	89
10	15	15	20	26	19	18	11	21	145
Justificativas									
Amadurecimento	30	27	31	35	30	37	21	32	243
Refletir dilemas	23	27	25	33	27	35	22	32	224
Integração	25	20	12	31	25	35	22	25	195
Motivação para aula	11	17	14	28	26	30	10	19	155
Perceber dificuldades nos colegas	-	-	18	32	-	-	-	-	50
Necessidade de vencer a timidez	7	8	3	6	12	5	8	2	51
Dificuldade de dar nota	1	1	-	5	7	20	7	18	59
Bom comportamento	1	1	1	18	9	-	-	-	30
Sem comentários	1	-	4	4	4	-	6	4	23

Em relação às justificativas dos alunos para a nota atribuída, um número expressivo em MERHU, 225 (99M e 120F) e em DPP III 243(112M e 131F), relataram *experiência de amadurecimento*. Essas afirmativas coincidem com a referência dos alunos a *aprendizagem para a vida*, ao avaliarem a sua experiência no módulo, conforme consta no quadro de No. 6.

A motivação para assistir aula, foi referida por 90 alunos (27M e 63F), no primeiro momento e 155 alunos (61M e 94F) no segundo momento, entendendo essa motivação no mesmo contexto relatado anteriormente ao analisarem a aprendizagem.

Em MERHU 66 alunos (26M e 40F), expressaram a *dificuldade em dar nota a si próprio*. Houve relato de alguns de que essa era uma atribuição dos professores e não dos alunos. Em DPP III, a ocorrência foi semelhante, com 59 alunos (15M e 44F), porém, a questão foi colocada como uma dificuldade pessoal.



Em MERHU, 46 alunos (14M e 32F) justificaram a nota, ressaltando que a aprendizagem foi *satisfatória apesar da timidez*. O mesmo ocorreu em DPP III, onde 51 alunos (30M e 21F), diferindo apenas na maneira de expressar através da afirmativa *necessidade de vencer a timidez*.

A *integração com a turma*, como justificativa para a nota, foi registrada por 43 alunos (13M e 30F) no primeiro momento e surpreendentemente 195 alunos (84M e 11F), referiram a mesma justificativa, ressaltando a própria postura e a dos colegas, ouvindo e respeitando os relatos de vivências, por vezes sentido como difícil, tendo em vista o conteúdo dos mesmos e as emoções sentidas e expressas.

Apenas em DPP III, 224 alunos relataram como justificativa para a nota, *o refletir dilemas da prática médica*, englobando os aspectos já referidos na análise da aprendizagem. Também apenas no 7º período, 50 alunos (18M e 32F), realçaram a percepção das dificuldades enfrentadas na prática médica e o fato de também serem vivenciadas pelos colegas.

Em MERHU, 10 alunos justificaram a nota pelo *bom comportamento* e surpreendentemente, 30 alunos (11M e 19F) em DPP III. Tais respostas remetem ao contexto dos sistemas tradicionais de ensino onde, no momento da avaliação do aluno pelo professor, o comportamento do mesmo interfere na avaliação da sua aprendizagem (FREIRE, 1983). Finalmente, 18 alunos (13M e 6F) e 23 alunos (15M e 8F) não justificaram a nota que se atribuíram, em MERHU e em DPP III, respectivamente.

Ressalte-se que esse detalhamento das notas constante no presente estudo, não ocorreu pela priorização das mesmas nos módulos e sim como uma maneira de ter uma ideia aproximada da interferência da cultura da nota, nesses alunos. Pode-se afirmar, ressaltando especialmente as notas dos alunos em DPPIII, de que a cultura da nota ainda é vigente entre nós e que possivelmente ela tem uma parcela de contribuição com a competitividade existente entre os alunos (ARRUDA, 1999; OLIVEIRA LIMA, 2007). Nesse sentido medidas pedagógicas foram empreendidas no referido módulo, para lidar com essa tendência dos alunos a se atribuírem notas elevadas na autoavaliação. Essa nota passou a ser somada a do relato de vivências para a constituição de uma única nota a ser somada a do seminário, e assim, chegar à média.

Tem-se o entendimento de que conseguir atingir parâmetros de excelência para avaliação dos alunos constitui um processo dinâmico e de aprimoramento permanente, considerando as características dos alunos, que se renovam a cada semestre que se inicia. Essas afirmativas se associam a de vários autores que se dedicaram ou ainda se dedicam ao



aprimoramento das metodologias no ensino médico (LORETO, 1985; MILLAN, 1999; CATALDO, 2006).

A análise da autoavaliação dos alunos, indubitavelmente caracterizou um recurso didático para o alcance de múltiplos objetivos centrados na pessoa do estudante, constituindo uma maneira de perceber como reflete a sua própria funcionalidade no contexto de um processo de aprendizagem, no qual tem uma participação ativa (SANTOS GUERRA, 2007).

Entendeu-se que as duas questões abertas do questionário de avaliação dos módulos pelos alunos (7 e 8), deveriam se integrar à análise qualitativa da autoavaliação, tendo em vista os objetivos das mesmas, motivo pelo qual ocorrerá a seguir:

Na questão 7 – Quais as sugestões para o aprimoramento do módulo?(Anexos 3 e 4)

As respostas dos alunos nos dois momentos (MERHU e DPP III), em sua maioria sugeriram a manutenção da metodologia atual de ensino. Essa sugestão ratifica as respostas favoráveis dos mesmos alunos à questão 2 do questionário, que se refere ao mesmo tema. Em MERHU, as demais sugestões se referem à “*ampliação da participação de profissionais de outras áreas*” e à “*ampliação da participação de alunos de períodos mais avançados e de médicos residentes*”, conduzindo a pensar na relação das mesmas com o momento de início do curso, onde existe um elevado grau de incertezas em relação às reais características do curso e dos contextos a ele relacionados (MILLAN, 1999).

No segundo momento, há uma nítida mudança no teor das respostas. Um grupo de alunos sugere “*aumentar a carga horária para aprofundar as discussões*”, situação contraditória ante as referências de sobrecarga de módulos e conteúdos nesse período do curso. Por outro lado, sinaliza para a existência de um possível processo de amadurecimento do aluno em associação à valorização da experiência do módulo, especialmente no que se refere aos relatos de vivências, tendo em vista a utilidade prática para os mesmos.

Em DPP III “*aumentar a cobrança em relação aos alunos*”, como sugestão, inicialmente surpreendeu o pesquisador, por não se constituir em algo frequente na conduta dos alunos. Porém, observando sob outro ângulo, a solicitação da interferência do professor em um módulo cuja funcionalidade tem características inovadoras, contando com a participação ativa dos alunos, conduz a pensar na possibilidade da interferência dos preceitos do modelo de ensino tradicional, ainda vigente em alguns módulos nos quais o papel do professor em sala de aula é priorizado em relação ao do aluno, que ocupa posição secundária. Essas sugestões podem representar indícios da intensidade dos obstáculos enfrentados nos processos de mudança nas metodologias de ensino (SANTOS GUERRA, 2007).



Em relação à questão 8 – O que foi mais significativo em termos de aprendizagem?

As respostas dos alunos em MERHU foram em sua maioria, relacionadas às necessidades de informação, de conhecer uma realidade ainda desconhecida e também à faixa etária dos mesmos. As sugestões predominantes foram: “*conhecer a profissão médica*”; “*pensar sobre o que ocorre com o estudante ao longo do curso*”; “*conhecer a ética do estudante de medicina*”; “*conhecer e conviver com os colegas*”; “*saber da existência dos limites dos médicos*” e “*aprender a ouvir a opinião do outro, apesar de ser diferente da sua*”.

Em DPP III, nas respostas a essa mesma questão, houve uma tendência à diversificação. Embora algumas tenham se referido aos mesmos temas descritos no início do curso, a maneira de expressar diferiu. “*Aprender a ouvir opiniões diferentes sobre as mesmas situações da prática médica e perceber que ambas podem estar corretas*”; “*refletir sobre situações difíceis vivenciadas nessa prática*”; “*perceber que os colegas enfrentam as mesmas dificuldades*”; “*refletir sobre importantes questões éticas (plantões ilegais, relação do estudante/médico com a indústria farmacêutica)*”; “*superação de questões pessoais (timidez e falar em público)*” e “*poder participar/contribuir com o conteúdo do módulo (seminários e relatos de vivências)*”.

Ressalte-se que foram percebidos nos questionários de alguns alunos em DPP III, que responderam negativamente à questão 4 (repercussão do módulo em termos emocionais) conforme registro quantitativo na avaliação empreendida no capítulo anterior e no entanto, no momento em que responderam a questão 8, em relação ao que achou mais significativo em termos de aprendizagem no módulo, os mesmos responderam através de um conteúdo relacionado a questões emocionais, tais como: “*superação de questões pessoais*”, se referindo à timidez e falar em público; “*aprender a ouvir opiniões diferentes sobre as mesmas questões da prática médica*”, entre outras. Essa postura nos conduz a pensar na possibilidade de que contrariamente ao que responderam inicialmente, há indícios de que também para esse grupo, o módulo teve importância do ponto de vista emocional.

Esse conjunto de sugestões descritas acima, induz a pensar na existência de existir um processo de amadurecimento nesses alunos, a partir do vocabulário utilizado, realçando aqui o uso constante do termo *refletir*, transparecendo uma tendência a uma visão mais abrangente da realidade que o rodeia, ao mesmo tempo em que transparece a assimilação da proposta inovadora em estudo, no momento em que realçam como importante a contribuição do aluno no conteúdo e na dinâmica de funcionamento do módulo. O conjunto de respostas analisadas fortalece a ideia de que existe um processo de construção em andamento na formação desses estudantes.



6.2 Relatos de vivências dos alunos

Conforme descrito no Capítulo dos Procedimentos Metodológicos, os relatos de vivências constituem possivelmente o diferencial ou a principal característica metodológica do módulo DPP III. Habitualmente, a turma é dividida em dois ou três grupos, em salas distintas, na dependência do quantitativo de docentes do Departamento de Neuropsiquiatria, disponível para integrar o módulo.

Num primeiro momento, ao serem informados sobre a funcionalidade do módulo, foram comuns as verbalizações dos alunos em relação às suas expectativas, com receio de serem reproduzidas situações já vivenciadas em módulos anteriores, integrantes do Eixo Humanístico. Tal expectativa deixou de existir, à medida que a experiência ocorreu.

Com o objetivo de ser criado um ambiente facilitador, os alunos e o docente se colocavam em círculo. Havia uma escala de agendamento das apresentações de relatos, de conhecimento prévio dos alunos, onde a cada aula de duas horas de duração (13 às 15hs.) deveria ocorrer em torno de 3 ou 4 relatos, na dependência do tempo utilizado nas discussões de cada um.

Os alunos foram estimulados a escolher uma experiência, significativa para os mesmos em termos de aprendizado ou em termos pessoais. Deveriam ser enfatizados aspectos referentes às atitudes dos estudantes, médicos e/ou docentes e outros profissionais de saúde, em relação aos pacientes, familiares e à própria instituição, nos diversos contextos possíveis.

Foi esclarecido que não se tratava de uma reflexão acerca do diagnóstico ou da técnica empreendida, ressaltando que deveria ser preservada a identidade das pessoas envolvidas e das instituições. Enfatizou-se também, ser uma proposta para refletir e não para julgar.

Como era previsível, apesar dos alunos já se conhecerem, através da convivência de vários semestres, alguns, possivelmente por suas características pessoais, aparentaram inibição em falar diante dos colegas. Nesses contextos, o docente assumiu uma postura facilitadora, através de esclarecimentos de alguns detalhes da ocorrência ou mesmo questionamentos acerca da postura e/ou sentimentos do aluno durante a sua vivência.

Alguns relatos envolveram um componente emocional intenso, seguidos por vezes de choro e dificuldade na sua continuidade. Nessas situações, a maioria dos alunos deixou transparecer a sua expectativa no sentido de alguma iniciativa por parte do professor, que apenas ocorreu quando houve a possibilidade de uma exposição pessoal desnecessária do aluno. Essas ocorrências caracterizaram uma oportunidade dos alunos poderem lidar com as suas emoções e as dos colegas.



Por vezes, quando o relato envolvia questões polêmicas e o calor das discussões era intensificado, foi necessária a intervenção do docente, através de uma postura pedagógica, visando organizar as participações dos alunos, ressaltando a importância de ouvir o outro, permitindo assim a conclusão do seu pensamento, deixando para emitir a sua opinião sobre o tema após o colega concluir o relato.

A seguir, será feita a análise dos relatos de vivências dos 284 alunos das quatro turmas que constituíram a amostra, seguidos da transcrição na íntegra, de alguns relatos a título de ilustração. Da análise constarão: os locais de ocorrência das vivências; a situação em si, como ocorreu; os sentimentos e a postura dos estudantes diante dos fatos abordados no contexto de aprendizagem.

Foram identificados os diversos locais de ocorrência das vivências. Eles representam a diversidade de contextos de atuação do médico, constituindo 7 grupos que serão explicitados em sequência, de acordo com a frequência com que os mesmos foram registrados.

1. Os Hospitais que atendem emergências clínicas e cirúrgicas em geral;
2. As Maternidades;
3. Os Ambulatórios Especializados;
4. As Enfermarias;
5. As Unidades de Terapia Intensiva;
6. Os Consultórios Médicos;
7. Os Postos de Saúde.



6.2.1 Hospitais que atendem emergências

Os relatos dos alunos se referiram a ocorrências em atendimentos a pacientes de todas as faixas etárias.

Nesse grupo, foram destacados especialmente, os aspectos referentes à relação estabelecida entre os plantonistas e os estudantes. Os termos mais utilizados foram de conotação negativa, “desinteresse” e “desvalorização”. Esse entendimento segundo os relatos, esteve vinculado ao fato dos alunos permanecerem nos plantões sem uma supervisão direta, tendo em vista que os plantonistas estariam “no repouso” ou “dormindo”. Essa percepção, também foi registrada em relação ao atendimento dos pacientes. Nesse sentido, o termo mais frequentemente utilizado foi “descompromisso”, ressaltando que tais ocorrências não dependeriam da gravidade dos casos.

O termo “discriminação” foi o mais frequentemente utilizado para explicitar atendimentos a pacientes com realidade de vida ou história relacionada a alguma condição de marginalidade. A ênfase desses relatos, foi a percepção de que “esse tipo de paciente, não tem direito idêntico aos outros” ou “eles não merecem o nosso esforço”. Em contrapartida, vários relatos se reportaram a atitudes elogiosas, especialmente com pacientes idosos. Alguns desses relatos, registraram o termo “contratransferência positiva”, como uma interpretação do aluno, justificando que a atitude do médico, estaria supostamente relacionada ao fato da pessoa em atendimento, lembrar alguém importante na vida do médico, como a sua mãe ou outra pessoa de significado especial.

Outros relatos fizeram referência às “atitudes de barganha dos pacientes”, em busca de conseguirem um atendimento de qualidade. Foram citados o “oferecimento de água mineral ao médico”, por entender os limites de infraestrutura da instituição, no que diz respeito às condições de trabalho oferecidas, ou mesmo “o oferecimento de pequenas quantias em dinheiro”.



Relato de Estudante do sexo feminino com 23 anos de idade

Eu estava no plantão de cirurgia geral, num sábado, em um hospital

Entrei para instrumentar numa cirurgia. Descobri que o paciente já era um velho conhecido da equipe médica. O residente me falou que era um bandido conhecido, que sempre aparecia no hospital com um tiro ou alguma consequência dos assaltos e dos conflitos com a polícia.

Esse bandido se chamava Bigodão. O nome era bastante auto-explicativo. A primeira coisa que se notava ao olhar para ele era o seu enorme bigode, estilo mexicano, que cobria grande parte do seu rosto.

Embora Bigodão já fosse conhecido no hospital, dessa vez seu caso era mais sério. Ele estava com uma grave infecção devida ao tiro que havia atingido o seu intestino. Os médicos já não davam mais esperança para ele. Entretanto, para aliviar a sua dor, ele foi submetido a uma cirurgia para lavar o seu abdômen.

Durante a cirurgia, o anestesista e o residente em anestesia sugeriram raspar o bigode do Bigodão. Todos na sala riram com a possibilidade, mas eu, e acho que também o cirurgião e o residente em cirurgia, não imaginava que eles realmente fariam isso. Continuei concentrada na cirurgia. Mas apenas alguns minutos depois, quando olhei para o rosto do paciente, metade do bigode já havia desaparecido. Eles terminaram de raspar todo o bigode, e disseram que se alguém perguntasse, diriam que precisaram raspar para entubar o paciente.

O Bigodão ficou irreconhecível! Realmente não parecia a mesma pessoa. Ele realmente veio a óbito na mesma semana, mas nos seus últimos dias de vida perdeu a sua mais forte característica de identidade.

COMENTÁRIOS DA TURMA

A turma, assim como eu, ficou chocada com a atitude dos médicos. O paciente estava inconsciente, mas isso não dá a ninguém o direito de violar a sua privacidade. A turma sugeriu que aquela atitude foi, de uma certa forma, uma vingança dos médicos contra os bandidos, contra a violência. Já que não podem fazer nada para agredir os bandidos na rua, que nos assaltam e que cometem tantos crimes, eles perceberam ali a oportunidade de jogar todo esse sentimento de vingança em cima de um único bandido. Entretanto, naquele contexto, ele não era um bandido. Era um paciente, que deve ser respeitado e bem atendido, como qualquer outro. Sugeriu-se também que se o Bigodão não estivesse ali, naquela situação de quase morte, ninguém teria tido coragem de cometer esse ato de vandalismo, pois teria medo da retaliação.

CONCLUSÃO

Todo paciente merece igual respeito do médico. O papel do médico não é de julgar ninguém. Isso cabe ao direito, aos juízes. O médico deve tratar o paciente, tentar curá-lo e aliviar a sua dor. Isso foi feito quanto a Bigodão, pois mesmo sabendo que ele não iria sobreviver, a cirurgia paliativa foi feita. Entretanto, os anestesistas se sentiram no direito de tirar a identidade do paciente. Esse direito eles não tinham. Toda a população se sente coagida pela violência da cidade, mas a punição dos bandidos não cabe a nós. Cabe ao médico zelar pela integridade física do paciente, e não destruir a sua imagem. Essa atitude dos médicos foi reprovável, e não deve ser repetida.



Relato do estudante do sexo masculino com 23 anos de idade

Aconteceu em certo plantão obrigatório em um hospital estando presentes eu, monitores e cerca de 3 outros alunos. Quando eu cheguei ao Hospital, procurei um local onde estivesse tendo algum atendimento mais interessante do ponto de vista do aprendizado e logo me dirigi à sala de emergências, a qual estava ocupada por meus colegas de sala e monitores a paciente e dois médicos que realizavam o atendimento.

Ao entrar na sala, observei um senhor que estava próximo à porta falando ao telefone e dizendo: - *Ela está na sala. Agora é só resta rezar pra ela ficar boa...* Não sabia que este era o filho da paciente do referido caso...

Logo que entrei, vi que a paciente estava em parada cardíaca e que seu estado era grave, pois não respondia bem à massagem cardíaca e a tensão no local era notável. Pedi à monitora que me fizesse um pequeno relato do caso, já que eu havia chegado um pouco depois e ela me informou que se tratava de uma paciente complicada, que já havia tido três outras paradas cardíacas e que o quadro era muito grave, com prognóstico obscuro. Percebi que embora os esforços da equipe e dos colegas em tentar reanimá-la fossem grandes, não eram suficientes e a paciente já não mostrava melhoras. Na verdade sua aparência já era de morta...

Então, no meio do atendimento a essa paciente, o senhor que estava ao telefone, entrou na sala de emergência e me perguntou com um ar bastante angustiado se a mãe dele havia morrido. Eu, de impulso, respondi-lhe a verdade, breve e sem muita sutileza: - *Ainda não...* No instante exato em que acabava de pronunciar estas palavras e perceber o quanto havia sido indelicada, então, ele me interpelou novamente e perguntou: - *Então quer dizer que ela vai morrer mesmo, doutora?* Vendo que minha situação acabava de piorar, pois eu era a portadora talvez da notícia mais triste da vida dele, tentei

acalmá-lo dizendo-lhe que eu não sabia o que aconteceria à mãe dele (embora soubesse perfeitamente que ela estava morrendo), mas que a equipe estava se empenhando para salvá-la e que ele aguardasse fora da sala para facilitar o atendimento.

Ele saiu e nesse instante um colega que estava fazendo a massagem e parou de fazê-la por decisão da médica plantonista veio próximo a mim e disse que achava que o caso estava perdido. Notando que filho da paciente novamente entrava na sala, pedi que o mesmo não fizesse mais comentários sobre o caso, pois eu havia acabado de cometer uma indelicadeza com o dito senhor.



Visto que a paciente não reagia às tentativas de reanimação, decidi sair da sala, pois havia muita gente e eu não estava sendo útil ali. Logo que saí, o senhor me abordou perguntando o que havia acontecido. Vendo que aquela era a minha chance de tentar dar alguma informação a ele de maneira mais delicada, comecei a conversar com ele da maneira que eu gostaria de ter feito desde a primeira vez: Disse-lhe que sua mãe Jam havia chegado num estado muito grave ao Hospital e que embora o empenho de todos fosse grande para que ela sobrevivesse, ela não respondia bem às tentativas de reanimação e que apesar de eu não ter experiência suficiente para dar-lhe um prognóstico definitivo, seria bom que ele se mantivesse forte, pois as chances de salvamento e recuperação eram muito escassas.

Ele pareceu compreender a real situação de sua mãe e me disse: - *É, doutora, às vezes a gente é até meio egoísta e quer sempre quem a gente gosta junto da gente e não aceita a morte...* Eu completei seu sentimento dizendo-lhe que concordava com o que ele dizia e que nem sempre a morte é uma coisa ruim, muitas vezes ela dá alívio a um sofrimento que já não faz mais sentido ao paciente que luta apenas por estar vivo, mas fica com uma vida de limitações e seqüelas. Encerei a conversa, desejando-lhe boa sorte e força para o que acontecesse. E o deixei, me sentindo um pouco melhor por ter reparado um pouco a maneira com que lhe dei a notícia da futura morte de sua mãe.

Tão logo me despedi dele, ao olhar para trás, vi a médica que estava no atendimento sair da sala de emergência para dar-lhe a notícia do falecimento de sua mãe.

Acho que essa situação me foi muito válida por alguns aspectos:

- 1- Embora eu considere que a verdade não deve ser escondida de ninguém, seja paciente, seja familiar, existem maneiras sutis de dizê-la, pois quando se trata com vidas, prognósticos e mortes, cautela nas palavras é sempre necessária. "Ainda não..." certamente não é a melhor resposta para alguém que pergunta sobre a morte de sua mãe...
- 2- Me fez ter uma noção maior do meu papel como estudante e futura profissional, em que coisas que eu falo são sim, valorizadas por informação sobre o que está se passando, seja acalmando e preparando para a morte, afinal não cuidamos somente de órgãos, o ser humano é muito mais completo e complexo e ajudar ultrapassa e muito os cuidados apenas do corpo.
- 3- Fez-me ver ainda, que apesar de não ter falado ao filho da melhor forma o que acontecia com sua mãe, isso não impediu que eu tentasse consertar o que fiz. Diferente da morte, nossos atos nem sempre são irreversíveis e se eu me expressei mal, posso me corrigir, posso pedir desculpas, posso amenizar de alguma forma aquilo que possa ser um incômodo para mim e para os outros. Basta um pouco de humildade e boa vontade que as relações se tornam mais fáceis e cordiais.



Acredito que esta experiência tenha sido importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional (que é título e objetivo da disciplina) e que tenha sido válida também para outros colegas com os quais compartilhei minha história, pois muitos disseram que por diversas vezes também falaram a verdade, sem pensar, e acabaram por magoar pessoas ou como eu, foram indelicados, seja com o próprio paciente, seja com o acompanhante. Isso me lembra também o comportamento de alguns médicos, que ao que parece já não se importam com esses sentimentos que por mim são tão valorizados no momento de inseguranças e dor, parecem coisas desnecessárias e que apenas tomam tempo de atendimento..

6.2.2 Maternidades

Nos registros dos alunos, predominaram situações destacando a relação dos plantonistas com as pacientes atendidas.

Os termos mais usados foram “intolerância” e “agressividade” ante o comportamento das pacientes, especialmente consequentes ou relacionados às dores do trabalho de parto. Na percepção de alguns alunos, “parece que não valorizam o momento que a paciente está passando”.

Outro aspecto ressaltado, diz respeito à postura crítica e de julgamento por parte dos plantonistas em relação às pacientes adolescentes que engravidam precocemente. Os relatos se referem às atitudes dos médicos, da enfermagem e de funcionários de apoio do serviço nas quais, “todos passam e criticam diretamente a paciente”.

A “intolerância” foi registrada com maior intensidade nos momentos nos quais essas pacientes adolescentes se queixavam das contrações, com a interpretação por parte dos alunos de que, “é como se elas não tivessem o direito de se queixar”.

Foi destacado com surpresa, o fato de em grande parte, essas ocorrências nas maternidades, serem percebidas pelos alunos, como mais frequentes entre as médicas.



Relato de vivência de estudante do sexo feminino com 24 anos de idade

Escolhi esse relato, pois queria uma coisa diferente dos outros, por isso resolvi contar uma experiência boa, sobre um acontecimento da minha vida de acadêmica de medicina. Essa história foi algo que aconteceu comigo e que me marcou muito.

Estava no quinto período de medicina e ansiosa para começar a dar plantão. Nessa época estava estudando obstetrícia e como meu tio era obstetra plantonista, resolvi conseguir um plantão no hospital onde ele trabalhava. Nos primeiros dias, observei o trabalho dos médicos, o comportamento das pacientes e resolvi estudar todo o assunto. Depois comecei a fazer procedimentos básicos e fui evoluindo assim como a confiança que os médicos depositavam em mim.

Lembro que no primeiro dia que entrei na sala de pré-parto achei a situação muito estranha. Mulheres gritando, chorando, pedindo ajuda a quem passasse por perto, sangue em todos os lugares, "bolsas de água" se rompendo... Comecei a entender o cotidiano desses médicos, o que estava envolvido nas práticas diárias. Ao acompanhá-los durante toda a madrugada, pude sentir quase todo o estresse de dormir mal, de ser responsável pela vida e de lidar com sentimento de incapacidade.

Ao passar dos dias, fui me sentindo mais apta a fazer procedimentos que para mim eram complexos, o que também foi percebido pelos médicos que me ajudavam. Cheguei ao plantão, como de costume, às 19 horas da sexta feira e fui diretamente para a sala dos médicos trocar de roupa. O primeiro médico a me ver, já foi logo dizendo que eu ia fazer meu primeiro parto aquela noite, que ficasse junto a ele que ele ia me ensinar. Passei o resto do plantão ao seu lado e de madrugada uma mulher entrou na sala de parto. Para minha surpresa e decepção ela estava esperando o seu marido que aguardava a hora do parto para assistir o nascimento do seu primeiro filho. Logo que soube desta situação, o médico me disse que não iria deixar que eu fizesse o parto, pois normalmente os pais não gostam que uma estudante faça o parto. Entendi e fiz meu papel de ajudante. O parto correu normal, observei todos os passos do médico que me explicava mais uma vez, passo a passo o que fazia. Porém, quando o pai foi cortar o cordão umbilical, jorrou sangue para todos os lados, inclusive no meu pescoço que estava desprotegido. Continuei a observar o parto e não liguei para o fato. Quando o médico olhou para minha direção, viu o sangue e mandou com um ar engraçado que eu fosse me lavar. Fui em direção a pia e quando a abro uma acompanhante vem em minha direção correndo e gritando, dizendo que sua amiga estava parindo. Como já haviam passado uns 5 dias, que dava plantão toda sexta, já estava habituada com aquela situação, achei que fosse apenas uma contração forte, mas assegurei a acompanhante que iria olhar o que estava acontecendo. Ao chegar à cama da paciente que gritava de dor,



disse que não podia fazer o toque sem a autorização de uma médica. A paciente disse que o seu filho estava “saindo”, porém não havia sinal de coroação. Chamei a única médica que estava livre naquele momento e perguntei se podia fazer o toque. Ela autorizou e eu percebi que o menino realmente estava perto de coroar e avisei à médica. Ela entendeu e me falou que não iria dar tempo de botarmos a paciente na sala de parto e como ela não conseguiu achar a enfermeira teve que ir buscar o material do parto e me disse para botar as luvas de procedimento, pois se o bebê nascesse eu ia ter que fazer o parto sozinha. Nesse momento senti uma calma que nunca pensei que iria sentir em situações como essa. Peguei as luvas e mandei a mãe me avisar quando tivesse uma contração, pois ela teria que começar a fazer força. Foquei toda a minha atenção naquela paciente e esqueci o que acontecia em minha volta. Todos estavam me olhando e se eu errasse em algo teria pelo menos umas 10 testemunhas a minha volta. Não pensei em nada, somente no bem estar da paciente e da criança que estava pra nascer. Depois de a mãe fazer força pela segunda vez a médica me deu as luvas cirúrgicas que havia trazido e mandou-me continuar, pois ela teria que pegar o resto do equipamento. Botei em prática tudo aquilo que havia aprendido nos livros e tudo veio na minha mente como se tivesse acabado de ler. Quando a médica chegou com todos os materiais a criança já estava na metade do caminho. Eu estava fazendo o meu máximo. Continuava calma e segura de que sabia fazer aquele parto. Encontrei uma dificuldade, o cordão umbilical estava envolvendo o pescoço da criança... Não fiquei nervosa, apenas usei meus conhecimentos e desenrolei o cordão. A criança nasceu chorando e para a minha surpresa eu havia feito tudo certo e com muita precisão e calma. A médica não acreditou que aquele era meu primeiro parto e a mãe me agradeceu por ter sido tão cuidadosa com ela e sua filha.

Sai desse plantão sentindo que havia cumprido o meu dever. Sabia que tinha feito o melhor e que tinha ajudado alguém. Foi a primeira vez que me senti como uma médica, senti que todos os meus esforços estavam valendo a pena e que a minha escolha profissional estava certa. Era aquilo que eu queria fazer para o resto da vida, era aquilo que me deixava feliz.



DISCUSSÃO

As observações feitas pela sala foram conclusivas e interessantes. O ponto principal foi na realização profissional, quando notamos que aquela escolha foi certa, que tudo valeu à pena. Muitos contaram seus momentos pessoais, mas o que mais me chamou atenção foi o que o professor falou. Ele me fez perceber o quanto aquele momento foi importante pra mim, que na vida de qualquer pessoa existem esses momentos chaves. O importante, na visão dele, é saber perceber que aquilo aconteceu e entender o que significa. Também foram levantadas questões em relação à calma que senti em uma hora que ela era necessária, mas que muitos pensam não conseguir estabelecê-la e essa tranquilidade é a diferença que há entre alguns profissionais que se dão bem em situações de estresse e outros que não conseguem lidar.

Alem disso, outra coisa que me chamou atenção, foi o fato que outras pessoas já pensaram que esqueceriam um assunto estudado, porém no momento que ele é necessário ocorre um fenômeno não explicável, parece que você está com o livro na mão e as informações fluíssem na sua cabeça como se sempre estivessem lá.

Com essa experiência ganhei confiança para fazer aquilo que gosto, percebi qualidades que antes não havia imaginado que as possuía. Pude entender o dia a dia da vida que possuirei. Alem disso, por mais que tenha gostado da vivencia obstétrica, pude perceber que não era aquela especialidade que queria seguir, mesmo que com essa mesma experiência tivesse tido a certeza que a minha profissão estava decidida.

Senti orgulho de mim mesma por ter conseguido fazer algo que na minha mente era impossível, consegui manter calma numa situação de estresse nunca antes vivida e pude botar meus conhecimentos, que achei que estariam perdidos em algum lugar, em prática. Senti a aprovação de médicos que não acreditavam na paciência que tive e no quanto eu sabia. E o mais importante, pude ouvir as palavras de agradecimento que por um momento na minha vida foi a pessoa mais importante para mim. Senti-me apta a seguir o caminho que um dia me levará a me tornar médica.



Relato de vivência de estudante do sexo masculino com 20 anos de idade

A experiência por mim escolhida para ser compartilhada com a Turma “A” foi vivida em um dos plantões obrigatórios de obstetrícia. Foi um fato que me marcou negativamente no aspecto da relação entre médico e paciente.

Quando cheguei ao hospital, havia uma paciente internada que estava sendo avaliada para a necessidade ou não de ser realizado o parto através de cirurgia e não da forma transpelviana. Após exame clínico nós, os acadêmicos do plantão, e a monitora levamos o caso ao obstetra atendente para que ele determinasse a conduta a ser tomada. Após rápido exame da paciente ele concordou com nossa opinião de que ela deveria ser submetida à cirurgia. As providências foram tomadas, chamamos o anestesista de plantão e nos encaminhamos para a sala de operação para observarmos o ato cirúrgico. O anestesista não teve facilidade para realizar o procedimento e começou a reclamar dizendo para o obstetra e todos os demais presentes, inclusive à paciente, que estava impossível palpar as vértebras porque ela era muito gorda. Esse procedimento durou vários minutos, levando a paciente a uma situação de desconforto e ansiedade que em nenhum momento foi motivo de atenção por parte dos profissionais que ali estavam para ajudar a paciente nesse momento tão delicado de sua vida, pelo contrário, eles apenas se preocupavam com o trabalho que estavam tendo e culpavam a paciente por todas as dificuldades enfrentadas. Após longos minutos a anestesia finalmente foi realizada e a operação teve início. As incisões foram feitas até o útero ser alcançado e à partir desse momento o obstetra também se viu em uma situação complicada pois ele não estava conseguindo retirar o recém-nascido do ventre de sua mãe. Para meu espanto o médico começou a proferir palavras de baixo calão em pleno ato cirúrgico para expressar a sua frustração com o tempo que aquela cirurgia estava consumindo. Depois de tentar por muito tempo, em vão, retirar o filho da paciente o staff se voltou para nós e disse: “Estão vendo isso aqui? Estou tendo toda essa dificuldade pra tirar o menino

porque ela é muito gorda. Isso é um exemplo para todos nós para não ficarmos nunca assim. Se eu não conseguir logo é capaz do menino morrer aí dentro”. No momento fiquei completamente constrangido por ter ouvido tais palavras, ainda mais por elas terem sido ditas na frente da paciente, que se encontrava consciente dentro da sala. Não houve respeito algum à pessoa que se encontrava na mesa, que estava ali para ser ajudada e não humilhada dessa forma. Depois de mais algum tempo, o obstetra conseguiu retirar o recém-nascido com vida e saudável do útero da mãe. Ainda fiquei impressionado com a falta de atenção do mesmo profissional na saída do bloco cirúrgico, onde aguardavam o marido e outro filho da paciente ansiosos por notícias, e que não receberam sequer um olhar do médico. Nós acadêmicos é que fomos até ele contar que tudo tinha corrido bem e que depois eles poderiam ver a paciente e o novo membro da família.



Essa situação me fez refletir bastante sobre o modo que nós devemos tratar nossos pacientes, pessoas que geralmente se encontram em uma posição fragilizada e que nos procuram não só buscando atendimento técnico, mas sim um ser humano que no mínimo os tratem com o respeito que todos merecem. Depois do ocorrido me perguntei o porquê de eu não ter dito nada na hora para tentar mudar essa situação, que tanto me causou desconforto e descontentamento com um futuro colega de profissão. Cheguei à conclusão de que fiquei intimidado pelo comportamento agressivo do meu “tutor” e por medo de uma represália na frente de todos me mantive calado diante de um abuso cometido desnecessariamente contra a paciente.

Procurei extrair dessa vivência apenas os exemplos do que não deve ser feito com relação ao tratamento de um paciente, evitando ser ríspido e insensível à sua situação. Um princípio básico que todos devem aprender (e praticar) é o de apenas fazer ao próximo aquilo que queremos para nós mesmos.



6.2.3 Ambulatórios especializados

Nesse contexto houve uma diversidade de registros qualitativos acerca da relação estabelecida com o paciente, ao mesmo tempo em que existiram vários outros abordando de maneira crítica a postura do docente nos atendimentos aos pacientes.

Em várias ocorrências foi destacado o caráter personalístico do professor, com referência a uma postura arrogante, especialmente em relação aos alunos.

Outro aspecto ressaltado foi a percepção de “menosprezo” com pacientes cujo comportamento exteriorizava componentes emocionais com possíveis interferências no quadro clínico que apresentavam. Esse registro foi feito através da frase “é como se o paciente estivesse mentindo, inventando doenças que não existem”.

Relato de Estudante do sexo feminino com 23 anos de idade

Essa situação aconteceu em 2008, quando eu estava assistindo uma aula prática no ambulatório XXXXXXXXXXXX junto com alguns colegas. Nessa ocasião, uma paciente estava sendo atendida pois apresentava hipertireoidismo e exoftalmia. O médico pediu para que ela tirasse os óculos, para examiná-la melhor. Quando ela retirou os óculos, ele fez uma cara de riso e perguntou: “Quer matar papai, olhão?”. Nessa hora, todo mundo começou a rir, a acompanhante da paciente, e eu e meus colegas não nos contivemos. A paciente também riu, mas hoje eu não deixo de pensar que aquele riso representou o constrangimento de um doente que vai em busca de uma solução para o seu problema, uma doença glandular que deforma a aparência e deve provocar uma grande baixa em sua autoestima. Eu me identifiquei muito com a situação pelo fato de eu já ter tido suspeita de hipertireoidismo quando era adolescente e o meu maior medo era desenvolver a exoftalmia e me tornar motivo de riso. Imagino quantas pessoas já não devem ter feito piada pelo fato de a paciente ter os “olhos assustados”; e o quanto ela deve sofrer por isso. Para mim, o médico deveria fazer o papel de oferecer esperança e alento, e não ser mais um a rir da paciente.

Ter participado dessa cena me fez refletir em como eu não quero agir com os meus pacientes. Também pretendo ser endocrinologista, e sei que nessa área vou tratar de pessoas “diferentes” fisicamente falando, mas tenho em mente de que nunca farei nenhum tipo de piada com as suas aparências. Para mim, uma atitude dessas mostra claramente que essa pessoa não deveria ser médica, pois lhe falta algo imprescindível: a sensibilidade.



Relato de estudante do sexo feminino com 25 anos de idade

A minha experiência foi relatada no dia 30 de setembro de 2008 e ocorreu no semestre passado, no ambulatório **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

XX

Eu estava junto com 6 colegas de turma, aproximadamente, quando entrou no consultório uma adolescente usando cadeira de rodas e visivelmente debilitada acompanhada pelos seus pais.

O início da consulta foi composto pela explicação do resultado do novo exame que estava nas mãos da médica, que era o da biópsia da medula óssea. A médica começou a explicar à família a função de algumas células do nosso organismo e a relação disso com os sintomas da adolescente.

Após explicar de maneira simples, tentando alcançar a compreensão da adolescente e principalmente a dos pais, a médica pediu delicadamente pra paciente ser levada para fora da sala de atendimento.

Então, a médica explicitou que diante de todos os exames realizados anteriormente, do resultado da biópsia e de acordo com o quadro clínico da paciente o diagnóstico da doença era leucemia.

Fiquei chocada ao ouvir o diagnóstico, pois me coloquei no lugar da paciente, que era tão jovem, e posteriormente no lugar dos pais. A mãe se pôs a chorar ao ouvir o diagnóstico e o pai tentou se controlar. A médica prontamente perguntou se eles sabiam o que era leucemia. Ao responderem que sim a médica fez uma nova pergunta: " - Vocês sabem que leucemia tem cura?".

Os pais se puseram atentos, mas não conseguiram conter o sofrimento. A médica tentou tranquilizar os pais, explicando que quando diagnosticada precocemente e tratada adequadamente a chance de cura se elevava bastante, que na idade da paciente é comum a remissão da doença.



A médica não omitiu que o tratamento ia ser doloroso, longo e determinou que a adolescente ia precisar ser hospitalizada e que já havia uma vaga para ela no Hospital XXXXXXXXX.

Após vários minutos de conversa, perguntou se os pais tinham alguma dúvida naquele momento e decidiu prepará-los para encontrar a filha que aguardava do lado de fora. Disse para a mãe se acalmar, pois ela também ia precisar dar força pra filha. O pai deixou um pouco da emoção vir à tona antes sair do ambulatório, mas se recompôs rapidamente. A médica pediu para a mãe lavar o rosto, pra filha não perceber que ela estava chorando, mas como a mãe não sabia como se comportar a não ser dessa maneira, a médica saiu e explicou à paciente que sua mãe estava chorando porque ela precisava ser internada e que depois eles iriam conversar com ela logo depois.

A médica voltou para o ambulatório e nos explicou que poderia ter encaminhado a família diretamente para o Hospital XXXX para conversar com a médica que vai acompanhar o caso durante o tratamento, porém eles poderiam ser recebidos sem uma abordagem adequada, pois os profissionais da área de saúde poderiam pensar que eles já sabiam do diagnóstico.

Pessoalmente achei a experiência muito forte e aprendi bastante ao presenciar a atitude da médica diante da responsabilidade de dar uma notícia como essa. Acho que a primeira abordagem diante do diagnóstico de uma doença pode influenciar a adesão do tratamento pelo paciente e a sua crença na cura da enfermidade. Sei que um dia serei eu que estarei com o papel de informar à família e ao paciente uma notícia não desejada e pretendo ter a mesma integridade e sensibilidade que presenciei neste dia.

6.2.4 Enfermarias

Na maioria dos relatos de vivências ocorridas nas enfermarias, foram ressaltadas as atitudes dos médicos/docentes, no lidar com pacientes que apresentavam patologias graves, em fase terminal da doença. Nos registros, constou o reconhecimento da capacidade técnica desses profissionais, porém, foi percebida a existência de dificuldades, através do comportamento dos mesmos, pelo fato dos atendimentos não terem a mesma regularidade, “como se evitassem” conversar com o paciente e/ou com os seus familiares, associando a um possível “receio” de explicar ao paciente exatamente o que ele apresentava.

Outros relatos referiram as “dificuldades em perceber os limites da atuação do médico e da relação estabelecida com os pacientes”. As justificativas dos alunos se reportaram às situações nas quais foram tomadas medidas extremas para manter vivo um paciente que apresentava patologia sem perspectiva de evolução satisfatória e com qualidade de vida questionável. Por outro lado, foram relatadas situações nas quais houve um maior envolvimento do médico com o paciente, com possível interferência negativa no comportamento e na evolução do mesmo, tendo em vista alguns privilégios, que não eram oferecidos aos demais pacientes.

Relato de vivência de estudante do sexo masculino com 26 anos de idade

O acontecido se deu quando eu era aluno do sexto período do curso médico. Eu estava tendo aulas da disciplina de nefrologia e tinha que fazer um relatório sobre um caso clínico da referida cadeira.

Fui à enfermaria XXXXXX no quinto andar do Hospital XXXXXXXX acompanhado da minha dupla de trabalho, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX a fim de conhecer o paciente que seria entrevistado por mim e por minha colega. Chegando lá, conhecemos o paciente, que era um rapaz de 17 anos, e também a sua acompanhante. Começamos a conversar e o paciente me contou a história da doença dele. Ele disse que tinha entrado numa academia para aumentar sua massa muscular e, após começar a tomar suplementos alimentares, começou a apresentar edemas. Perguntei se ele sabia o que tinha e ele disse que sabia que tinha um doença nos rins, mas não sabia muito mais sobre a doença. A mãe dele então começou a me perguntar se o filho deixaria de ter edemas, se ele voltaria a ter uma vida normal após sair do hospital, se ficaria sem seqüelas. A preocupação da mãe, contrastada com sua falta de informação, me sensibilizou e resolvi me inteirar mais sobre o caso, até porque isso era necessário para a conclusão do meu relatório. Conversei com o residente que estava no posto de enfermagem coincidentemente discutindo esse caso. Ele me disse que provavelmente se tratava de uma Doença de Lesões Mínimas e que o prognóstico era bom, com uma chance de cura em cerca de 85%. Fiquei feliz com o prognóstico positivo do paciente e resolvi que falaria com o paciente e com sua mãe para deixá-los mais tranquilos.

Falei com o paciente e com sua acompanhante e disse que provavelmente ele deixaria de ter edemas, que provavelmente não teria qualquer lesão de grande gravidade nos rins e que possivelmente ele voltaria a ter a mesma vida que tinha antes da lesão. A mãe ficou agradecida e começou a perguntar mais, dizendo que os médicos não diziam muito a ela. Expliquei brevemente a fisiopatologia da Doença de Lesões Mínimas e disse a ela que só faltava um exame, a biópsia renal, para confirmar o diagnóstico.

Cerca de dois dias depois, retornei à enfermaria e conversei com o residente. Ele me disse que tinha sido excluída a possibilidade de Doença de Lesões Mínimas e que suspeitavam agora de GESF. O prognóstico da GESF era bem mais sombrio e o paciente tinha uma chance de cura de cerca de 15%. Fiquei muito chateado na hora, pois havia simpatizado com o paciente. Após saber do prognóstico dele, lembrei que tinha falado para ele e para a mãe dele que o menino provavelmente ficaria curado. Fiquei achando que tinha a responsabilidade de ir contar aos dois qual seria a nova hipótese diagnóstica e o que isso implicava, no entanto não tive coragem de ir na enfermaria e encarar o paciente para dizer o que devia.

Discussão

Hoje, cerca de seis meses após o ocorrido, acho que conseguiria ter uma atitude diferente diante do caso anteriormente exposto. Na época, não tive coragem de falar com o paciente e fiquei me penalizando por ter tido tanta facilidade em falar quando se tratava de um prognóstico favorável, que dava esperança ao paciente, e por ter tido medo de falar ao paciente quando o prognóstico se tornou desfavorável.

Acho que, na época, o grande cerne da questão para mim era o fato de eu achar que tinha me precipitado a dar tantas informações quando não era um diagnóstico 100% certo. O fato de ter que dizer que aquilo que eu tinha falado estava errado me incomodava bastante. Não pelo fato de ter errado, mas eu sentia que tinha traído a confiança do paciente e de sua mãe.

Quando foi discutida minha experiência em sala de aula, cheguei a conclusão de que eu poderia ter ido falar com o paciente e ter dado também a notícia ruim e que isso poderia até fazer com que eu ganhasse mais a confiança do paciente, ao invés de perdê-la. Também vi que, na vida de médico, eu não vou dar apenas notícias boas e que eu tenho que aprender a lidar com a situação de dizer coisas que serão, por muitas vezes, desagradáveis para quem ouve.

Durante a discussão, vários alunos concordaram que a situação era desagradável e que não saberiam como reagir adequadamente a ela. Também foi frisado pelo professor que eu não posso ficar achando que nunca vou errar um diagnóstico, pois isso é impossível na medicina e que o fato de admitir ao paciente que se enganou anteriormente não faz com que ele ache que eu seja um incompetente.

Espero que pensar no ocorrido e posteriormente discutir a situação com pessoas diferentes de mim tenha sido útil e que, no futuro, ao me deparar com situação semelhante, eu consiga agir de forma diferente, se não for de uma forma ideal, que seja, pelo menos, de uma forma que não me faça ficar mal comigo mesmo.



Relato de estudante do sexo feminino com 24 anos de idade

O caso que eu decidi trazer para a turma tem para mim uma importância particular. Quando contei a minha mãe que havia decidido ser médica, sua primeira pergunta foi: “E você vai aguentar ver o povo morrendo?”. Isso fala um pouco a respeito da minha personalidade. Sempre fui uma pessoa muito sensível, muito preocupada com os sentimentos dos outros, e com um certo grau de desequilíbrio emocional. Sou o tipo de pessoa que consegue ficar calma durante uma crise, mas, minutos depois, eu geralmente perco o controle, e caio no choro.

Meu caso aconteceu XX Hospital xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx enquanto eu acompanhava uma médica conhecida em algumas cirurgias, à qual irei me referir como Dra. C. Um dos seus pacientes era um senhor de quase 70 anos (JR), que havia sido operado com ela 5 anos antes para retirada de um tumor gástrico. Ele teve uma recidiva do câncer, foi reoperado, e estava se recuperando, internado no hospital. Eu o conheci durante uma visita de Dra. C ao paciente, e logo percebi que os dois compartilhavam um certo grau de afeto e intimidade.

Dias depois, cheguei ao hospital e fui para a sala dos médicos, onde me encontrava com Dra. C no início das tardes. Estava conversando com ela, quando uma enfermeira entrou na sala para entregar os resultados dos exames de biópsia de um fragmento hepático de JR retirado durante a cirurgia. Dra. C ficou bastante transtornada ao ver que o resultado indicava uma metástase. Dra. C abaixou a cabeça com os olhos fechados, quando então percebi o quanto ela estimava o paciente. Ela então saiu da sala por alguns instantes, e eu não a segui. Entrei em uma das salas de cirurgias que estava ocorrendo, e fiquei assistindo, enquanto pensava que, mesmo não conhecendo o paciente, eu já estava me sentindo bastante triste por saber que alguém iria receber uma notícia devastadora, e esse sentimento ficava mais forte quando eu pensava que algum dia eu terei que dar uma notícia assim para um paciente meu, e talvez para algum paciente com quem eu tenha uma relação bastante afetuosa, como agora acontecia com Dra. C. Depois de algum tempo, Dra. C apareceu na sala e me chamou para fazer as visitas nos quartos, e então me contou o resultado do exame de JR, o qual eu tinha sabido antes pela enfermeira. Ela me contou um pouco da história e da personalidade dele enquanto andávamos para o seu quarto. Ficava clara a afeição que ela tinha por ele e vice-versa. E me perguntou se eu queria estar presente no momento em que ela fosse dar a notícia para ele. Aceitei, embora relutante. Queria estar presente como sinal de respeito a ela e a ele, mas sinceramente tinha medo de não manter uma atitude profissional, e até mesmo de estar incomodando, sendo uma estranha à família.

Quando entramos no quarto, JR logo percebeu que o semblante de Dra. C estava diferente, e fez logo uma piada: “Duas visitas no mesmo dia? Não pode ser coisa boa!”. JR estava com sua família nesse dia: sua esposa, sua filha, seu filho e sua cunhada. Todos foram de início muito simpáticos conosco, quando então Dra. C pediu a todos que se sentassem. Percebendo que era um momento difícil e importante tanto para Dra. C como para a família de JR, me afastei um pouco para lhes dar um pouco de privacidade e fiquei de frente para Dra. C, um pouco atrás da família. Ela então começou a dar a notícia, com um tom de voz extremamente sereno e uma expressão facial que mostrava que ela estava sendo muito solidária com os sentimentos que surgirão em instantes na família. Quando o filho de JR ouviu as primeiras palavras acerca da metástase, levantou-se, foi para trás da cama, e começou a chorar. Em poucos minutos, toda a família chorava.

Eu, em meio a essa cena, senti milhões de coisas ao mesmo tempo, e fiquei sem ação. Me senti muito triste pelo paciente, por sua família, tive muita vontade de chorar. Ao



mesmo tempo, me senti muito triste por Dra. C, que estava visivelmente transtornada, embora tentasse manter a serenidade. O paciente fazia perguntas quase que pedindo para que ela lhe desse esperança, e tudo aquilo teve um peso emocional muito grande em mim. Senti-me também impotente. Sabia que não podia fazer nada ali, a não ser oferecer conforto, o que também não me sentia à vontade de fazer, uma vez que não os conhecia. Sei que em momentos como esse, confiança é um sentimento fundamental no processo de aceitação. Como todo ser humano, pensei naquele momento que esperava que algo assim nunca acontecesse à minha família, e como estudante de medicina, pensei se eu teria força o suficiente para conviver com esse tipo de situação na minha prática profissional.

Dra. C, no entanto, me deu um exemplo de profissionalismo e de humanidade do qual sei que não me esquecerei, e o qual tento seguir em toda prática que tenho como estudante de medicina nos serviços, ao lidar com pacientes. Ao mesmo tempo em que ela dava uma notícia devastadora, ela confortava a família com palavras sinceras. Ela foi de uma sinceridade tamanha que mostrou um respeito enorme à família do paciente. Em nenhum momento ela gaguejou, sempre olhou todos nos olhos, sempre com a cabeça levantada, sentada próxima ao paciente, de forma que ofereceu conforto pela proximidade. Dava pra perceber que ela estava triste, mas mesmo assim percebia-se segurança no que ela falava.

Ao sairmos da sala, Dra. C percebeu que eu estava transtornada, e me perguntou se eu estava bem. Eu então perguntei se ela estava bem. Ela deu um meio sorriso e disse que sim. Logo depois, foi ao banheiro. Notei que ela precisou de um momento para se recompor, o que me fez admirá-la mais ainda, pois percebi o quanto ela sofreu com aquela situação, e, ainda assim, ela mostrou solidariedade do início ao fim da visita.

Acredito que a principal lição que eu tirei desse episódio foi que, antes de qualquer coisa, deve-se ter muito respeito aos sentimentos do paciente e de seus familiares. Acredito que mantendo o respeito ao sentimento, a gente não corre o risco de ser frio, de desvalorizar ou de ser insensível. Por mais que estejamos “acostumados”, por mais que vivamos aquilo na rotina, é preciso manter o respeito pela vulnerabilidade do paciente e de sua família.

Não sei se a intimidade e a afeição que ela tinha por ele facilitou ou dificultou o processo. Quando é alguém por quem sentimos algo, com certeza é mais difícil não sentir a dor do outro. Ou talvez, por compartilhar de verdade daquele sentimento que a família sentia, ela não precisou mostrar-se solidária, pois ela estava realmente sentindo aquilo.

Desde então me pergunto constantemente se eu terei a sobriedade de repetir a atitude de Dra. C em todos os episódios semelhantes a esse na minha vida profissional. Sei que terei que trabalhar muito minha instabilidade emocional para lidar com casos mais difíceis, mas acredito que, se eu pensar que eu tenho que ter a atitude que aquela família espera de mim ou de qualquer outra pessoa, eu conseguirei dar a eles o que eles precisam. Acredito que esse meu perfil irá se moldando na prática, mas, sem dúvida, o profissionalismo de Dra. C me foi de uma ajuda enorme, e pretendo levá-lo comigo para minhas práticas futuras.

A turma compartilhou muito dos meus sentimentos, e vários colegas contaram relatos semelhantes, nos quais eles também se sentiram emocionalmente tocados por certas situações, e tiveram que contorná-las. Mais importante, me foi aconselhado, por colegas mais experientes e também pelo professor, que eu tivesse paciência, pois eu aprenderia a lidar com essa minha característica, e que isso era um sentimento normal, o qual todos os médicos um dia vivenciaram. Além de ver que meus colegas também tinham essa preocupação, foi bom ver que alguns deles também já tinham encontrado uma forma de lidar com esses sentimentos.



6.2.5 Unidades de Terapia Intensiva

Embora alguns relatos envolvessem o atendimento de pacientes adultos, a ênfase foi dada aos atendimentos prestados às crianças. Nas duas situações, os relatos ressaltaram as “dificuldades” dos plantonistas em conversar/informar aos familiares dos pacientes acerca do quadro clínico apresentado, em associação à “dificuldade” em comunicar a ocorrência do óbito. Diante da segunda situação, foi registrada a percepção que frequentemente a “*tarefa era repassada*” para outra pessoa, por vezes para um estudante.

Relato de estudante do sexo masculino com 24 anos de idade

O caso comentado por mim foi escolhido por se tratar de um tema que abordou tanto a esfera profissional quanto a pessoal. Ano passado houve um acidente automobilístico em uma rodovia perto de Serra Talhada, minha cidade natal, envolvendo duas crianças, uma morreu no local e outra foi socorrida e encaminhada para Serra e depois para Recife. As duas meninas eram conhecidas minhas e da minha família, sentimos muito pelo falecimento de uma, e nos sentimos no dever de apoiar a família da sobrevivente nesse triste momento.

O acidente aconteceu ao anoitecer, e a menina chegou ao Recife de madrugada, foi dito à família que o estado da criança era estável, que havia, somente algumas fraturas de face e ela estaria na UTI por terem induzido-a ao coma para não sofrer com as dores, essa mesma informação nos foi passada por familiares da vítima. Ao saber do estado estável da filha, os pais, grandes amigos da minha família, foram para um hotel descansar.

Por volta de 08h00minh da manhã meu pai me procurou para irnos fazer uma visita à vítima, para dar apoio a nossos amigos, chegando no hospital não havia ninguém na sala de visitantes da UTI, todos estavam descansando fora dali, esperamos por alguns minutos até que chegaram duas primas da vítima, ambas pré-adolescentes, elas nos perguntaram sobre o estado da prima, e eu me prontifiquei a perguntar ao médico da UTI o seu estado para esclarecer as meninas e qualquer outra pessoa que chegasse ao hospital.

Acompanhado pelas meninas, bati na porta da UTI e logo o médico apareceu, perguntei sobre o estado da minha conhecida, ele com expressão de preocupação me perguntou se eu era da família, achei que se dissesse que não, ele não falaria sobre o caso, então respondi que sim e que era estudante de medicina e queria detalhes sobre o caso. O olhar do médico não era nada animador, tanto que as primas da vítima perceberam que a notícia não era boa.

A vítima se encontrava em coma espontâneo, glasgow 4, descortificando com poucas expectativas de melhora. A surpresa foi imensa, esperava ter boas notícias para contar a todos, no entanto se tinha uma notícia sombria, e não sabia o que fazer com ela, se fingia não saber de nada ou informar a todos para se preparar para o possível desfecho trágico. Ao voltar para a UTI, o médico me deixou sozinho com as duas crianças, que me olharam quase chorando e perguntaram como estava sua prima, respondi de reflexo, não pensei muito no que falar, respondi que ela não estava do jeito que imaginamos, mas que poderia ficar boa.

Poucos minutos depois começaram a chegar amigos e familiares da vítima, e a notícia do seu real estado se espalhou silenciosamente, quase todos vinha, a mim para perguntar detalhes, eu respondia que somente o médico poderia esclarecer certas



coisas. Cerca de 1h depois chegaram os pais, felizes com a sorte da filha ter sobrevivido a um acidente tão grave apenas com fraturas na face. A felicidade deles incomodava a todos por saberem do real estado da garota, todos olhavam para mim como um covarde que estava deixando eles se iludirem. Senti a responsabilidade de ser estudante de medicina e amigo da família, todos esperavam alguma atitude minha, até que eu a tomei.

Aproximei-me dos pais e disse que havia algo que eles precisavam saber, e que somente o médico da UTI poderia falar. Isso os deixou preocupados e foram imediatamente falar com o médico. A notícia foi recebida com desespero e aflição, entre os choros de toda família algo me chamava a atenção, o olhar do pai para mim, que traduzia uma tristeza por eu não ter contado a verdade e deixado ele se iludir. Hoje, um ano depois, nossas famílias continuam amigas e, aparentemente, nenhuma mágoa foi guardada por aquele pai, porém tinha dúvidas sobre a minha atitude, e por isso decidi expor esse caso.

Discussão

As grandes discussões em sala foram sobre a minha atitude de falar o que acontecia à família ou aos pais. Porém houve outras como a minha “mentira” ao falar que era da família ao médico, outros alunos disseram que fariam o mesmo. Sobre a enquete principal, XXXXXXXX falou que todos queriam “passar a batata quente” para minha mão, pois no momento que os pais chegaram ao hospital todos sabiam que não havia motivos para comemoração, ninguém teve coragem de falar e por isso esperavam que eu falasse. XXXXXXXXXXXX disseram que teriam atitudes semelhantes, iriam falar para os pais que deviam conversar com o médico, e deixar que ele conte o acontecido, até porque ele sabe do caso com mais detalhes e se eu fosse falar poderia tirar alguma esperança ou subestimar o caso. Por fim, o professor XXXXXXXXXXXXXXXX disse que minha atitude foi a certa a ser tomada, assim foi melhor para a família e para mim, o médico tem mais prática com certas coisas e nunca devemos menosprezar o poder da experiência.



6.2.6 Consultórios

Nesse contexto, os relatos se reportaram a aspectos diversos, que foram desde o “desrespeito” no cumprimento do horário agendado, seguido de justificativas “nem sempre convincentes”, até às características de algumas atitudes durante o atendimento de pacientes, tais como “a rapidez no atendimento, sem deixar que o paciente expresse o que tem necessidade”, ou mesmo, realizar um exame “mecanicamente”, “sem qualquer cumprimento, como se não percebesse uma pessoa diante dele”. Alguns relatos expressaram a surpresa do aluno ante a diferença percebida entre a postura do médico com os pacientes do SUS e a postura com os do consultório.



Relato de estudante do sexo masculino com 25 anos de idade

Tudo começou quando resolvi procurar um médico gastroenterologista, que, tendo encontrado valores um pouco acima do normal na minha pressão arterial, recomendou-me procurar um cardiologista para fazer uma avaliação, além de solicitar os exames específicos da sua especialidade. Obedecendo a recomendação, me dirigi ao cardiologista mais próximo da minha residência. Chegando lá, no atendimento, depois de ter falado o que me levava àquela consulta, o médico aferiu minha pressão e diagnosticou hipertensão imediatamente. Falou que ia prescrever uma droga muito boa, sem efeitos colaterais e acrescentou ainda, que fazendo uso dessa droga, eu não precisaria mudar nenhum hábito de vida, podendo continuar com os mesmos hábitos de sempre. Por fim, solicitou alguns exames, mandou fazê-los já com a droga em uso e deu um cartão alegando que eu receberia um bom desconto apresentando ele na farmácia, no ato da compra.

Primeiramente fiquei intrigado porque nos exames solicitados, que no caso seria para confirmar ou não se eu era realmente hipertenso, tinha 'avaliação terapêutica' como motivo de solicitação. Sendo assim, já partia do princípio que o diagnóstico já estava concluído e não me permitiria descobrir se eu era ou não hipertenso, pois, caso o resultado fosse negativo, atribuir-se-ia aos efeitos da droga. Além disso, recebi com estranheza a orientação de que com o uso da droga não seria preciso modificar os hábitos de vida, pois essa conduta é oposta a que realmente deve tomada nos casos em que é diagnosticada hipertensão arterial leve/inicial.

Posteriormente, ao me dirigir à farmácia, descobri que a droga tinha um preço elevado e que, para fazer uso do cartão de desconto, deveria ser feito um cadastro na central do laboratório, fornecendo meus dados pessoais e os dados do médico que prescrevera. Assim, toda vez que eu fosse comprar aquela medicação, deveria apresentar o cartão para que a compra fosse registrada no sistema. Reparei ainda que, para o balconista da farmácia, apresentar o cartão no ato da compra era primordial, em detrimento até mesmo, da apresentação da receita médica.

Não satisfeito, em outra ocasião decidi procurar um centro de cardiologia que fosse referência na cidade. Chegando o momento da consulta, apresentei-me, dessa vez, como estudante de medicina e expliquei novamente o meu motivo de estar ali. Omiti que já havia

me consultado com outro médico cardiologista anteriormente. Depois de realizado todo o exame físico, a médica falou que minha pressão estava realmente um pouco acima do normal, mas que uma aferição daquela não era suficiente para fechar um diagnóstico de hipertensão e que, para isso, seria necessária a realização de alguns exames. Confesso que inicialmente fiquei satisfeito com a conduta, mas logo em seguida a médica começou a explicar que como ela sabia que esses exames tinham uma demanda muito grande, eu demoraria no mínimo 1 mês para realizá-los e ela não poderia me deixar esse tempo todo sem fazer uso de nenhuma droga anti-hipertensiva (como forma de precaução). Dessa forma, prescreveu uma medicação de um laboratório que lhe patrocinava (percebia-se isso pela quantidade exagerada de propagandas que existia no consultório) e disse-me que suspendesse o uso somente quando chegasse o dia de realizar os exames e, caso eu fosse realmente hipertenso, iria fazer uso contínuo daquela droga. Por fim, forneceu um cartão e falou as mesmas coisas que o médico anterior havia falado, sobre receber descontos na apresentação do mesmo.

Questionei se minha suposta hipertensão não poderia ser considerada como "hipertensão do jaleco branco" e ela falou que, como eu fazia parte do meio, sendo estudante de medicina, era totalmente improvável que fosse.



Depois de procurar o preço dessa outra droga e descobrir que consistia numa medicação mais cara que o outro médico prescrevera, resolvi procurar orientação com um professor do Hospital das Clínicas. Ele considerou absurdas as condutas tomadas pelos médicos, criticou a prescrição das medicações, explicando-me que aquelas drogas somente são prescritas em casos graves de hipertensão e orientando-me para que realizasse todos os exames sem fazer uso das medicações.

Tempos depois, feito os exames, voltei à médica que tinha ido antes de procurar o professor, para mostrar os resultados. Querendo mostrar-se surpresa, a médica anunciou que os resultados foram excelentes e que eu não era realmente hipertenso e não precisaria mais fazer uso de nenhuma medicação. Perguntei então, qual seria a explicação para o caso e ela disse que, como eu inicialmente havia referido, era hipertensão do jaleco branco.

Finalizando, voltei ao gastroenterologista no qual tinha ido inicialmente, para mostrar os exames que ele havia solicitado. Diante do diagnóstico de gastrite e doença do refluxo gastroesofágico, ele prescreveu uma droga inibidora da bomba de prótons de última geração, que eu já sabia que era caríssima e sabia ainda, que segundo estudos, as diferenças dos inibidores de bomba estão apenas no preço, pois os efeitos e toda farmacodinâmica e farmacocinética dessas drogas são praticamente as mesmas. Ou seja, a diferença estaria apenas nas propagandas e na disputa laboratorial para vender seus produtos.

Tentei explicar que já vinha fazendo uso de um inibidor de bomba de preço mais acessível, mas o médico ignorou-me e orientou-me a pegar (mais uma vez) um cartão de desconto com a secretária e disse que ela conseguia com os representantes da indústria farmacêutica (como se não tomasse conhecimento de tal fato). Mais uma vez insatisfeito, acabei procurando orientação novamente com professores do HC, que me consultaram e estabeleceram uma terapêutica coerente, na minha opinião.

O que me levou a fazer esse relato de caso, foi minha indignação diante da postura que os médicos vêm tomando diante da pressão que a indústria farmacêutica tem feito. O suposto “cartão de descontos” nada mais é do que uma forma disfarçada dos laboratórios terem pleno controle sobre as drogas que seus médicos aliados (leia-se: aqueles que recebem brindes, viagens e incentivos financeiros quaisquer) estão prescrevendo. Esses médicos, por sua vez, passam a viver numa constante busca de oportunidades em que

possam ser prescritas as medicações daquele determinado laboratório, muitas vezes mesmo sem o paciente estar precisando.

No meu caso, por pouco não fiz uso de uma medicação para uma doença a qual eu não era portador. Pior que isso, essa conduta de querer prescrever remédios caros e “de marca” (até mesmo sem necessidade) repetiu-se mais de uma vez, mostrando que isso tem se tornado uma atitude comum no meio médico, principalmente nos que atendem em consultório privado e/ou por meios de plano de saúde. Isso me fez refletir sobre a confiança que, a partir de agora, eu irei depositar nos médicos a quem porventura eu me dirigir.

Uma vez trazida essa discussão para a sala de aula, levantou-se uma polêmica a respeito de receber ou não patrocínio e/ou presentes da indústria farmacêutica, gerando uma reflexão sobre o imenso poder que essa indústria exerce sobre os congressos médicos; sobre as conseqüências que a conivência com esse sistema pode trazer para a sociedade em geral e sobre a exclusão que os médicos que não quiserem ser coniventes com essas práticas podem sofrer.

Assim, a maioria dos alunos expressou sua opinião, mostrando argumentos e justificativas para ambas as partes (quem é contra ou a favor dessa manipulação feita pelos laboratórios), mostrando o quanto o tema é realmente polêmico, o quanto as opiniões são divididas e que é necessário um espaço de debate mais ampliado e mais continuado para que seja discutido adequadamente.



6.2.7 Postos de Saúde

Os relatos referentes aos postos de saúde, apesar de registrarem situações semelhantes às ocorridas nos outros serviços já citados, há uma tendência à percepção de uma maior aproximação do médico e dos outros profissionais de saúde com a realidade dos pacientes atendidos. Foi enfatizado o tipo de atendimento que ocorre nos Programas de Saúde da Família (PSF), seja ressaltando qualitativamente como “filosofia de atenção à saúde”, seja em oposição, percebendo-o como algo “desvalorizado” pela cultura dos que preconizam o atendimento por especialistas.



Relato de estudante do sexo masculino com 23 anos de idade

Posto de Saúde

Nossa tutora foi uma médica por volta dos 50 anos e que sempre conversava sobre sua vida conosco. Ao decorrer das visitas, mesmo sem intimidade para tal assunto, foi iniciada por ela uma conversa sobre o fim do seu casamento. Nessa conversa ela comentou que seu marido era muito ciumento e que um dos motivos para o término do casamento foi ele ter encontrado uma mancha branca no carro dela e não ter aceitado que aquela mancha não era outra coisa a não ser sêmen. Ela comenta que tentou provar que ele estava errado. Em minha opinião, acredito que ela deveria ter se sentido ofendida por tal acusação e deveria ter partido dela, caso seu marido não se redimisse, o pedido de divórcio. Apresentadas algumas características sobre a tutora e relatado este fato para facilitar o entendimento de sua atitude na consulta, apresenta-se a seguir meu relato. Minha vivência parte de um episódio que aconteceu na sala de consulta, quando uma adolescente estava sendo consultada e foi questionada pela médica se possuía uma vida sexual ativa. Logo percebi a mudança de postura da jovem, ficando pensativa e, após alguns minutos, respondendo de forma envergonhada: “mais ou menos”. Percebi que minha presença ali poderia ser a causa principal da vergonha dessa jovem. Como não sabia reagir diante daquela situação, comecei a refletir sobre qual a atitude certa a se tomar. Vários pensamentos vieram em minha mente: primeiro, se deveria sair por estar atrapalhando a consulta; porém vi que não poderia sair, teria que lidar com aquela situação e aprender com ela, pois uma omissão naquele momento poderia causar um espaço em branco, um obstáculo não superado no meu curso médico. A consulta prosseguia e a dúvida se eu estava certo em continuar ali constrangendo à jovem estava presente em meu rosto, mas optei por ficar pelo aprendizado. A minha tutora sem perceber a vergonha da jovem e minha também ou por desinteresse nisso, continuou com questionamentos sexuais e terminou a consulta dando uma caixa de anticoncepcional para a jovem.

Discussão:

Após eu comentar minha vivência, uma aluna presente na sala se posicionou completamente contra minha postura e falou que, caso ela estivesse presente nessa situação, teria saído logo no começo da consulta. Ela prezou, no seu comentário, a privacidade e qualidade na consulta médica. Após isso e alguns tumultos, o professor tomou a palavra e nos explicou de forma compacta que essa proximidade entre idades pode causar certo desconforto para ambas as partes

Após isso, eu falei que, atualmente, eu teria uma curta conversa com a paciente, na qual eu abordaria o tema de forma simples e tentaria melhorar a consulta médica.

Conclusão:

Sobre minha postura tomada na consulta e as discussões presentes na sala de aula, acredito que o certo seria explicar de forma clara sem me mostrar envergonhado e passando confiança para paciente que é normal ter relação sexual, mas que deve ser feito de forma responsável devido aos problemas que ela poderia vir a enfrentar caso não se previna, como gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

Talvez todos os estudantes de medicina, assim que se formarem, irão se deparar com a necessidade de passar confiança para seus pacientes, sejam estes pacientes jovens ou adultos, mesmo que estes o achem jovem demais. Isso foi citado e vivenciado pelo professor e acredito que essa experiência veio somar a formação de uma postura mais confiante que precisamos ter como futuros doutorandos e médicos.

Até aqui nos reportamos a atenção do aluno dirigida à postura do médico e/ou outros profissionais de saúde ou à instituição, que habitualmente é percebida pelos mesmos como não oferecendo condições para um desempenho profissional de qualidade.

A análise do conteúdo dos relatos de vivências dos estudantes nos permite refletir sobre os sentimentos e as atitudes dos mesmos numa perspectiva de aprendizagem.

Os termos mais frequentemente utilizados em referência aos sentimentos e/ou posturas foram: Insegurança. Medo. Frustração. Revolta. Baixa autoestima. Passividade. Imobilismo, entre outros. Ao serem expressos individualmente, foram compartilhados pelo restante da turma, não havendo discordância de nenhum aluno, aparentando ser algo comum ao grupo como um todo.

O medo de questionar alguma atitude do médico/docente em relação às situações das quais participava, foi registrado na maioria dos locais descritos, embora mais frequentemente nos serviços de emergência e maternidades. Ao se referirem a esses locais, repetidas vezes foi registrado o receio de ser criticado, passar por algum constrangimento ou mesmo a possibilidade de ser excluído do plantão. Em vários registros, os alunos expressaram o medo de passar por situações semelhantes àquelas que perceberam ocorrer com os pacientes, durante algum atendimento. Esses achados coincidem com registros da literatura ao ser analisada a relação do professor/médico com o aluno, em situações de ensino (REGO, 2003)

Ressalte-se que apesar da existência de relatos cujo conteúdo se reporta a atitudes percebidas como positivas, considerando a qualidade do atendimento prestado, houve um predomínio de relatos de conteúdos percebidos como negativos.

Apesar da avaliação das posturas dos médicos/docentes não constar nos objetivos desse estudo, os relatos dos alunos registram situações nas quais ocorrem atitudes que podem caracterizar indícios de infração ao Código de Ética Médica vigente, envolvendo especialmente o Capítulos III, referente à Responsabilidade Profissional no seu Artigo 1º.- Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência, ou negligência. O mesmo ocorrendo em relação ao Capítulo IV, referente aos Direitos Humanos, no seu Artigo 23º. -Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto (CFM, 2009).

Existiram alguns relatos não classificados nos sete grupos descritos. Foram aqueles que ocorreram em situações diversas, que não envolviam profissionais e que representavam a solicitação de alguma atitude do estudante diante do fato. Os relatos mais frequentes foram de situações nas quais um vizinho, um amigo ou um parente diante de alguma situação de



emergência, solicitou ajuda ao estudante. Nesses casos, os sentimentos registrados com maior frequência foram os de “insegurança”, “medo” e “desproteção” justificados por ainda não estarem seguros em termos de conhecimentos e não disporem de alguém mais experiente para orientá-los. Essas experiências são referidas por vários autores ao se reportarem ao processo vivenciado pelos estudantes na sua formação, em associação às características de personalidade de cada um, ante a existência de um período de transição no qual o aprendizado envolvendo os conhecimentos teóricos e alguma experiência prática, ainda não foi integrado e incorporado, motivo pelo qual é justificada a inquietação dos mesmos (LORETO, 1985; MILLAN, 1999).

Relato de Estudante do sexo masculino com 24 anos de idade Solicitação de atendimento de um vizinho

Uma experiência marcante que vivi durante o curso médico até agora foi uma situação que exigiu de mim frieza e calma. No mês de outubro do ano passado um vizinho chegou à minha casa, apavorado, chamando por mim e dizendo que eu deveria dar assistência a um senhor idoso morador da casa ao lado dele que estava tendo um Acidente Vascular Cerebral. Nesse momento eu estava dormindo tranqüilamente e fui acordado por esses gritos e toques na campainha. Fui ver o que estava acontecendo e fui praticamente arrastado pelo meu vizinho até a casa desse senhor que estava passando mal. Chegando lá (vestindo apenas uma bermuda) me deparei com a filha desse senhor em prantos, olhando para ele desmaiado em cima de um sofá. Fiquei sem reação com todos olhando para mim esperando que eu tomasse alguma atitude para reanimar esse senhor. Então, em algum tipo de reação, verifiquei seus pulsos, os batimento, a respiração, a pupila e vi que ele estava com seus sinais vitais preservados, chamei meu vizinho para colocá-lo no carro e levá-lo para o hospital (não chamamos ambulância porque isso tudo aconteceu numa cidade no interior do estado). Chegando ao hospital entrei com ele até a emergência e expliquei ao médico o que tinha acontecido.

Após descrever esse relato alguns alunos descreveram situações semelhantes ou até piores do que essa que vivi. Como, por exemplo, o caso de um infarto que um colega de sala tentou reanimar o paciente, porém sem sucesso e de outro que viu um assassinato por arma de fogo e que seus familiares o olharam como se dissessem para ele fazer alguma coisa.

Essas situações exemplificam o dilema que um estudante de medicina tem, quando situações de agravos de saúde acontecem em sua presença, na dúvida que ficamos entre fazer algo, mesmo sem preparo e sem ter a responsabilidade de fazermos, e de não fazermos nada, e assim conviver com um “peso” na consciência de que devia ter feito alguma coisa.

Outra coisa também muito interessante é a crença da população em geral que um estudante de medicina, mesmo ele tendo acabado de passar no vestibular, é um médico em potencial e não um médico em formação. Cobram de nós um conhecimento ainda não adquirido, por vezes se decepcionando quando dizemos que simplesmente não sabemos do se trata certa patologia ou o tratamento dela.

Na situação vivida acho que fiz o certo, pois não tentei fazer o que não tinha certeza que saberia fazer e não retardei em nenhum momento a procura por uma ajuda especializada. Porém em situações mais difíceis como, por exemplos, agravos mais sérios com risco eminente de vida ou agravos em familiares, não sei qual atitude eu tomaria.

Na discussão em sala de aula após vários debates e com a opinião do professor, todos concordaram que o estudante de medicina não deve fazer nada que não tenha plena consciência daquilo que está fazendo e se isso trará um bem ao paciente



Necessário ponderar que em vários momentos os docentes tiveram oportunidade de expressar a tendência dos estudantes de relatar fatos com características predominantemente negativas. As justificativas dos mesmos se referiram à oportunidade para refletir sobre questões nas quais criticaram ou tiveram dúvidas quanto à atitude tomada pelos médicos/docentes, gerando algum desconforto. Em relação às atitudes percebidas como positivas, o conteúdo predominante nos discursos, foi de que essas situações ocorriam em menor escala e não induziam a dúvidas. Esse pensamento foi de maneira geral finalizado com a justificativa de que “o ser humano tem uma tendência a destacar os fatos que provocam desconforto”.

Após a análise desse material proveniente dos alunos, surge a necessidade de avaliar quais as possíveis vantagens dessas reflexões das vivências para os alunos em termos de aprendizagem. Pode-se afirmar que houve um aprendizado através de uma experiência, que foi refletida em sala de aula, trabalhada pedagogicamente, enfatizando o papel do médico e os aspectos éticos referentes às suas atitudes com os pacientes, com os colegas, com outros profissionais e com as instituições onde atuam. Um conjunto de fatores cuja associação poderá contribuir na construção de um médico com visão humanística da profissão (REGO, 2003).

Percebe-se pelo conteúdo dos relatos e através das discussões, que a maioria dos alunos demonstra uma capacidade crítica acerca das situações que vivencia, entendendo que está aprendendo “*a partir do que não se deve fazer*”. Tal situação conduz à percepção da existência de dois grupos de alunos, com posturas distintas.

Um primeiro grupo é constituído por aqueles que apresentam uma disponibilidade pessoal de questionar e de aprofundar suas reflexões, caminhando no sentido de promover mudanças, acreditando na sua contribuição pessoal. Nos relatos desses alunos fica evidente o esforço para superar as dificuldades, a partir da sua participação, justificando que a qualidade do atendimento ao paciente é o seu maior objetivo.

O outro grupo, apesar de esboçar críticas aos fatos relatados, tenta compreender ou justificar as atitudes dos médicos com os pacientes, percebidas como negativas, como sendo resultantes de questões que não dependem dele, demonstrando pelo conteúdo do discurso a busca de algo que possa ser responsável pela ocorrência. Nesse sentido, citam a infraestrutura deficitária das instituições de saúde, em associação ao tempo de exercício da profissão, como fatores que promovem um desgaste inevitável, com repercussão na postura do médico no exercício da sua profissão. Esse grupo de alunos levanta a possibilidade de repetir as mesmas ações depois de alguns anos de atuação profissional.



Esse segundo grupo, apesar de criticar muitas das atitudes médicas nas instituições de saúde, demonstra na sua maneira de justificar os fatos, as dificuldades inerentes aos processos de *mudança*, de atualização, de transformação, em contraste com a *permanência* como reprodução do modelo vigente, possivelmente por ser mais fácil a repetição, especialmente numa visão dinâmica baseada em fundamentações da psicanálise (MILLAN,1999; ZASLAVSKY, 2006) .

Há indícios de que a funcionalidade do segundo grupo possa vir a justificar, sem querer generalizar, o quantitativo de médicos originários de cursos que contemplam uma formação humanística e apesar disso, agem profissionalmente com atitudes que não são compatíveis com o processo formativo do qual participaram.

As constatações referidas acima evidenciam a validade e a necessidade de investimento nessas metodologias participativas, no intuito de que a funcionalidade do último grupo citado possa vir a reconhecer suas potencialidades pessoais, no sentido da promoção de mudanças, assimilando assim, de fato, os preceitos éticos e atitudinais que constituem os objetivos do Eixo Humanístico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, iniciado no primeiro período com MERHU e concluído no sétimo período com DPP III.

*Capítulo VII***CONSIDERAÇÕES FINAIS**



A análise integrada dos dados estudados, englobando a avaliação do módulo pelos alunos, a autoavaliação e os relatos de vivências, permite que sejam feitas as considerações a seguir:

1. A proposta de formação humanística dos módulos é referendada pelos dados provenientes dos alunos;
2. A metodologia aplicada se mostra inovadora, por ser capaz de promover mudanças de atitudes nos alunos;
3. O conteúdo pedagógico veiculado pelos módulos tem como princípio norteador, a valorização da qualidade da relação que se estabelece com o paciente, ressaltando o respeito com o mesmo;
4. O modelo diversificado de avaliação empreendido (autoavaliação, avaliação dos módulos pelos alunos e relatos de vivências), possibilita a atenuação de uma visão persecutória do ato de avaliar, tanto para o alunado quanto para os docentes, por ser um processo dinâmico e participativo, onde os objetivos pedagógicos podem ser atingidos mutuamente. Possibilita também a sua utilização como fonte de dados e como processo de aprendizagem em si;
5. Diante do que foi vivenciado pelos alunos, eles encontraram uma contradição entre o conteúdo trabalhado pedagogicamente nos módulos e a realidade existente nas instituições de saúde. Caracterizou-se um indício de um processo de *desconstrução* no qual se aprende como fazer por uma negação do que é feito;
6. O caráter inovador da proposta dos módulos implica numa ruptura entre o discurso de *permanência*, baseado numa estrutura curricular tradicional e um discurso de *mudança* com uma formação humanística. Nesse sentido, os dados dos relatos dos alunos, apontam também nas duas direções;
7. O estudo fortalece a crença de que a qualidade da participação dos alunos está na dependência de uma metodologia de ensino que o valorize como pessoa e apresente conteúdo programático de real utilidade para a prática médica e, especialmente, os estimulem a refletir sobre suas atitudes, conscientes da importância da relação médico/paciente, como requisito básico para a construção do *ser médico* (poder associar o uso da tecnologia a uma postura ética e humanística).



Capítulo VIII
RECOMENDAÇÕES



Considerando os resultados do estudo, indicando que esses módulos de formação humanística são indutores de mudanças de atitude nos alunos, se recomenda:

- ❖ A utilização sistemática desse modelo em outros módulos, de maneira a facilitar a implantação de uma cultura avaliativa no Curso de Medicina da UFPE;
- ❖ Buscar meios de estimular os docentes do Curso de Medicina, a perceberem a importância da sua atuação diante dos alunos como modelo de identificação profissional para os mesmos;
- ❖ Sugere-se a implantação de um **núcleo de formação pedagógica** visando o aprimoramento didático dos professores do Curso de Medicina da UFPE;
- ❖ Há necessidade de aprimorar a integração ensino/serviço, numa perspectiva de ser oferecido ao aluno um ambiente receptivo, com um aprendizado supervisionado, em associação a percepção da presença do mesmo como valorização do próprio serviço;
- ❖ Encontrar meios de refletir a qualidade do atendimento que é prestado à população, procurando envolver os órgãos formadores, as instituições responsáveis pela assistência, pela fiscalização e manutenção dos preceitos éticos da prática médica.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Albuquerque JF

ABEM. **Formação de médicos no Brasil: estudo dos egressos no período de 1982 a 2003.** Rio de Janeiro: ABEM, 2005.

ALVES BATISTA, Nildo; BATISTA, Sylvia; ABDALLA, Ively. **Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas.** São Paulo: Arte e Ciência Editora, 2005.

APPLE, M.W. **Educação e poder.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1989

BALINT, Michael. **O médico, seu paciente e a doença.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BANDUK, M.L.S.; RUIZ-MORENO, L.; BATISTA, N.A. **A construção da identidade profissional na graduação do nutricionista.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 13, n.28, mar. 2009. Disponível em <http://scielo.br/scielo.php>. Acesso em janeiro,2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edições 70, Ltda. Lisboa/Portugal,2010

BARLOW, Michel. **Avaliação escolar: mitos e realidades.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

BEHRENS, M. A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

BRASIL – **Ministério da Educação . Secretaria de Educação Superior.** Diretrizes curriculares para os cursos de graduação em medicina. Brasília, 2001. Disponível em www.mec.gov.br/sesu/diretriz:shtm

BRASIL Lei 9393, 20/12/1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Brasília: MEC/ Subsecretaria de Edições Técnicas, 1997.

CAIXETA, Marcelo. **Psicologia médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital :uma sociologia dos serviços hospitalares,** 2ª. ed.São Paulo: Afrontamento, p.165-84,1993.

CASANOVA, M.A. **Compreender Heidegger.** Petrópolis:Vozes, 2010.

CATALDO NETO, A. et al. **O estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à prática médica.**Porto Alegre:EDIPUCRS, 2006.



Albuquerque JF

COLARES, M.F.A. Atividades grupais reflexivas com estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.33, n.1, p.101-114, 2009.

COOKE, M.; IRBY, D.M; O'BRIEN, B.C. **Educating Physicians: a call for Reform of Medical School and Residency**. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica**. Resolução CFM No. 1931/2009.D.O.U. 24/09/2009.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ, Carla; RIBEIRO, Uirá. **Metodologia científica: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil, 2004.

D'AVILA, R.L. **O comportamento ético- profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares no período de 1958 a 1996** (Dissertação de mestrado), Santa Catarina, 1998(mimeo).

DOMINGUES, R.C.L.; AMARAL, E; ZEFERINO, A.M.B . Autoavaliação e avaliação por pares-Estratégias para o desenvolvimento profissional do aluno. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.173-175, 2007.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo. Pioneira,1975.

FACUNDES, V.L.D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 27, n. 3, p.194-200, 2005.

FERNANDES, J.C.L.A.“A quem interessa a relação médico-paciente?”**Cadernos de Saúde Pública**.Rio de Janeiro,v. 9, n. 1, pp. 21- 27. 1993.

FONTANAROSSA, H.O. **Elementos de psicologia médica**. Buenos Aires. Editorial Troquel,1974.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 14^a. ed..Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.



Albuquerque JF

FREITAS, José Otávio. **História da Faculdade de Medicina do Recife: 1895 a 1943.** 2ª. ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

GUEDES DE AZEVEDO, A. et al. Fatores que orientam a escolha do curso médico. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v.29, n.3, set/dez, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HAYNAL, André. “A psicologia médica e o diálogo médico-paciente” In: CAIXETA ,

Marcelo. **Psicologia médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 9-11, 2005.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro. Editora Objetiva, 1ª. Edição, 2009.

GONDIM, S.M.G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estudos de Psicologia,** Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.299-309, 2002

JEAMMET, P.; RYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Manual de psicologia médica.** Rio de Janeiro: Editora Masson, 1982.

KELNER, Salomão et al. **História da Faculdade de Medicina do Recife, 1915-1985:** Recife: Liber Gráfica e Editora Ltda, 1985

KUIAVA, E.A.; SANGALLI, I. J.; CARBONARA, V. **Filosofia, formação docente e cidadania.** Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2008.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil:** tipologia das escolas. 2ª. ed. São Paulo:Hucitec, 2009.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G. **Investigação qualitativa: fundamentos e prática.** 3ª.ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2008.

LORETO, Galdino. Formação psicoterápica do estudante de medicina. **Neurobiologia,** Recife. v.41, n.3, p. 335-344, jul/set, 1978.



Albuquerque JF

_____. **Uma experiência de Assistência psicológica e psiquiátrica a estudantes universitários.** Recife: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Tese de concurso Prof. Titular. 1985 (mimeo).

_____. Contribuição do aconselhamento psicológico para a saúde mental dos universitários. **Neurobiologia**, Recife. v. 28, pp. 283-296, dez, 1995.

LÜDKE, Menga. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MARCONDES, Eduardo; LIMA GONÇALVES, Ernesto. **Educação médica.** São Paulo: Sarvier, 1998.

MARTINS FILHO, I.G. **Manual esquemático de filosofia.** 4ª. Ed. São Paulo: Ltr, 2010.

MARTINS, L.A.N. **Residência médica: estresse e crescimento.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2005.

MARTINS, J; VIGIGIANI, B.M.A. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação.** 2ª. Ed. São Paulo: Centauro, 2006.

MARTINS, Lígia Márcia. **A formação social da personalidade do professor: um enfoque vigotskiano.** Campinas: Autores Associados, 2007.

MERHY, E. E .; Aciole, G.G. **Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. Pro-Posições.** Campinas. v. 14, n.1, jan/abr, 2003.

MILLAN, Luiz Roberto. **Vocação médica – um estudo de gênero.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. **O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

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

MILLER, George E. (org). **Ensino e aprendizagem nas escolas médicas.** São Paulo: Editora Nacional, 1967.



Albuquerque JF

MIRANDA PINTO, L.A.; RANGEL, M. Projeto político-pedagógico da Escola Médica. **Revista Brasileira de Educ. Médica**. Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.251-258, set/dez,2004.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. **Médicos e ensino da medicina no Brasil**. São Paulo: Edusp, 2002.

OLIVA COSTA, E.F. et al. Transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe: estudo transversal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n.1, p.11-19, mar, 2010.

OLIVEIRA LIMA, M.C. A qualidade de vida do estudante de medicina. In: SANTOS GUIMARÃES, K.B (org). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 73-90

PAGNI, P.A.; SILVA, D.J. (orgs.). **Introdução à filosofia da educação**. São Paulo: Avercamp, 2007.

PAVIANI, J. **Problemas de filosofia da educação: o cultural, o político, o ético na escola, o pedagógico, o epistemológico no ensino**. Caxias do Sul, RS: Educs, 2010.

PARAISO, Rostand. **A velha senhora**. Recife: Bagaço,2004.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,2001.

_____. A profissão médica em questão (1922). Dimensão histórica e sociológica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 600-615, out/dez, 1995.

PERES, L.C; COLETA, J.A.D. “Construção de um instrumento para avaliação de atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica”. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 20, n.3. p. 194-203, 2002.

PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1974.

PICCININI, R.X. et al. Projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil. CINAEM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.16, p.43-47, 1992.

PINHEIRO, C.V.Q. Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 45-58, 2006.



Albuquerque JF

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino da graduação em medicina. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.6, n.11, p.107-16, 2002.

REGO, Sérgio. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

RELATÓRIO UFPE. **Avaliação do curso de medicina da UFPE pelos estudantes 2008.2 - estudantes ouçam a sua voz! Professores escutem o que eles dizem**. Recife:UFPE, 2009 (mimeo).

REY, Luis. **Planejar e redigir trabalhos científicos**. São Paulo: Editora Edgar Blücher, 1987.

SANTOS GUIMARÃES, K.B. (org). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007

SANTOS, Guerra, MIGUEL Angel. **Uma flecha no alvo: a avaliação como aprendizagem**. São Paulo: Loyola, 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SÊNECA. **As relações humanas: a amizade, os livros, a filosofia, o sábio e a atitude perante a morte**. 2ª, ed. São Paulo: Landry Editora, 2007.

SERODIO, A.M.B.; ALMEIDA, J.A.M. Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.33, n.1, p.55-62, 2009.

SILVA, Janssen Felipe. **Avaliação na perspectiva formativa-reguladora: pressupostos teóricos e práticos**. Porto Alegre. Editora Mediação, 2004.

SOUZA, M.P.G ; Rangel, M “Avaliação : um impasse na educação médica” **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3. pp. 213-222, 2003.



Albuquerque JF

TEIXEIRA, Anísio. **Educação e o mundo moderno**. 2^a. ed .São Paulo: Editora Nacional, 1977.

UFPE. **Projeto pedagógico do Curso de Medicina da UFPE**, 2006 (mimeo)

VENTURELLI, J; FIORINI, V.M.L. “Programas educacionais inovadores em escolas médicas: capacitação docente”. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 7- 22, 2001.

ZABALA, Antoni .**A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ZASLAVSKY, J. **Contratransferência: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZIMMERMAN, V.B. A formação psicológica do médico” In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, pp 64-69 1992.



ANEXOS



ANEXO 1

Perfil: 6205-1

Curso: MEDICINA

Data de Emissão: 08/02/2011 08:25

- Período: 1º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ AN003 - ANATOMIA 3	OBRIGATÓRIO	1	60	120	180	8
+ BR018 - BIOFISICA 1	OBRIGATÓRIO	1	90	30	120	7
+ BQ003 - BIOQUIMICA 3	OBRIGATÓRIO	1	30	60	90	4
+ HE014 - HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA GERAL	OBRIGATÓRIO	1	30	120	150	6
+ MC254 - BASES DA ACUPUNTURA	ELETIVO	1	30	15	45	2
+ ED001 - EDUCACAO FISICA	ELETIVO	1	0	30	30	1
+ MC200 - INTRODUCAO A INFORMATICA EM SAUDE	ELETIVO	1	30	30	60	3
+ NP312 - MEDICINA, ETICA E RELACOES HUMANAS	ELETIVO	1	30	0	30	2

- Período: 2º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ AN004 - ANATOMIA 4	OBRIGATÓRIO	2	60	120	180	8
+ BQ008 - BIOQUIMICA 7	OBRIGATÓRIO	2	60	60	120	6
+ FF019 - FISIOLOGIA 10	OBRIGATÓRIO	2	60	60	120	6
+ HE015 - HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA ESPECIAL	OBRIGATÓRIO	2	30	120	150	6

- Período: 3º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ MS221 - ESTUDOS DE SAUDE COLETIVA 1	OBRIGATÓRIO	3	30	30	60	3
+ FF012 - FARMACOLOGIA 1A	OBRIGATÓRIO	3	45	30	75	4
+ FF018 - FISIOLOGIA 13	OBRIGATÓRIO	3	60	60	120	6
+ GN005 - GENETICA	OBRIGATÓRIO	3	30	30	60	3

- Período: 4º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ FF209 - FARMACOLOGIA 2A	OBRIGATÓRIO	4	30	45	75	3
+ MT202 - MICROBIOLOGIA E IMUNOLOGIA 2	OBRIGATÓRIO	4	30	45	75	3
+ MT215 - PARASITOLOGIA	OBRIGATÓRIO	4	30	60	90	4
+ PA209 - PATOLOGIA GERAL	OBRIGATÓRIO	4	60	60	120	6



Albuquerque JF

+ NP214 - PSICOLOGIA MEDICA	OBRIGATÓRIO	4	15	30	45	2
-----------------------------	-------------	---	----	----	----	---

- Período: 5º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ PA218 - ANATOMIA PATOLOGICA ESPECIAL	OBRIGATÓRIO	5	30	90	120	5
+ CR209 - BASES TEC CIRURG E DA ANESTESIA	OBRIGATÓRIO	5	15	120	135	5
+ MC213 - INICIACAO AO EXAME CLINICO	OBRIGATÓRIO	5	60	120	180	8
+ MS245 - MEDICINA LEGAL 1 (DEONTOLOGIA)	OBRIGATÓRIO	5	45	0	45	3
+ MC240 - MET COMPLEMENTARES DIAGNOSTICO 1	OBRIGATÓRIO	5	30	0	30	2

- Período: 6º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ MT209 - MICROBIOLOGIA MEDICA	OBRIGATÓRIO	6	15	30	45	2
+ MF213 - OBSTETRICIA	OBRIGATÓRIO	6	30	90	120	5
+ MF208 - PEDIATRIA	OBRIGATÓRIO	6	45	105	150	6
+ MF206 - PUERICULTURA E NEONATOLOGIA	OBRIGATÓRIO	6	30	90	120	5

- Período: 7º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ MS223 - ESTUDO DA SAUDE COLETIVA 2A	OBRIGATÓRIO	7	30	90	120	5
+ MC223 - GASTROENTEROLOGIA	OBRIGATÓRIO	7	15	75	90	3
+ MC235 - HEMATOLOGIA	OBRIGATÓRIO	7	30	60	90	4
+ MC241 - MET COMPLEMENTARES DIAGNOSTICO 2	OBRIGATÓRIO	7	0	30	30	1
+ MC238 - REUMATOLOGIA	OBRIGATÓRIO	7	30	60	90	4
+ MC216 - TERAPEUTICA 1	OBRIGATÓRIO	7	15	45	60	2

- Período: 8º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ MC227 - CARDIOLOGIA	OBRIGATÓRIO	8	30	60	90	4
+ NP216 - CLINICA PSIQUIATRICA	OBRIGATÓRIO	8	15	75	90	3
+ MC225 - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	OBRIGATÓRIO	8	30	60	90	4
+ MC242 - MET COMPLEMENTARES DIAGNOSTICO 3	OBRIGATÓRIO	8	0	30	30	1
+ MC236 - NEFROLOGIA	OBRIGATÓRIO	8	30	60	90	4
+ MC229 - PNEUMOLOGIA	OBRIGATÓRIO	8	30	60	90	4
+ MC217 - TERAPEUTICA 2	OBRIGATÓRIO	8	0	30	30	1

- Período: 9º

CH CH CH



Albuquerque JF

Componente Curricular	Tipo	Período	Teórica	Prática	Total	Créditos
+ PA219 - ANATOMIA PATOLOGICA APLICADA	OBRIGATÓRIO	9	0	30	30	1
+ MT230 - CLINI DAS DOENC INFECC E PARASITA	OBRIGATÓRIO	9	30	60	90	4
+ MT250 - DERMATOLOGIA	OBRIGATÓRIO	9	45	30	75	4
+ MF221 - GINECOLOGIA	OBRIGATÓRIO	9	30	45	75	3
+ MS246 - MEDICINA LEGAL 2	OBRIGATÓRIO	9	45	60	105	5
+ NP202 - NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA	OBRIGATÓRIO	9	15	60	75	3
+ MS214 - SERVICOS DE SAUDE	OBRIGATÓRIO	9	30	30	60	3

- Período: 10º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ CR214 - CIRURGIA ABDOMINAL	OBRIGATÓRIO	10	15	45	60	2
+ CR215 - CIRURGIA PEDIATRICA	OBRIGATÓRIO	10	15	45	60	2
+ CR212 - CIRURGIA TORACICA	OBRIGATÓRIO	10	15	45	60	2
+ CR211 - CIRURGIA TRAUMATOLOGICA	OBRIGATÓRIO	10	15	45	60	2
+ CR265 - CIRURGIA VASCULAR E ENDÓCRINA	OBRIGATÓRIO	10	30	0	30	2
+ CR220 - OFTALMOLOGIA	OBRIGATÓRIO	10	15	15	30	1
+ CR217 - ORTOPEDIA	OBRIGATÓRIO	10	15	45	60	2
+ CR230 - OTO-RINO-LARINGOLOGIA	OBRIGATÓRIO	10	15	30	45	2
+ CR218 - UROLOGIA	OBRIGATÓRIO	10	15	45	60	2

- Período: 11º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ MD331 - INTERNATO 1	OBRIGATÓRIO	11	0	550	550	18
+ MD332 - INTERNATO 2	OBRIGATÓRIO	11	0	550	550	18

- Período: 12º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ MD333 - INTERNATO 3	OBRIGATÓRIO	12	0	550	550	18
+ MD334 - INTERNATO 4	OBRIGATÓRIO	12	0	550	550	18

Resumo Carga Horária do Perfil

Carga Horária Total: 7000
 Carga Horária Obrigatória*: 6940

Carga Horária Eletiva*: 60

Componentes Eletivos do Perfil: 0
 Componentes Eletivos Livres: 60
 Atividades Complementares: 0

CARGA HORÁRIA TOTAL DO CURSO: 7.000 HORAS



ANEXO 2

Perfil: 6206-1

Curso: MEDICINA

Data de Emissão: 07/06/2010 16:39

- Sem periodização

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ MF414 - ALERGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA	ELETIVO	0	45	30	75	4
+ AT269 - ATENDIMENTO AOS MENORES DE CINCO ANOS- ATENÇÃO PRIMÁRIA	ELETIVO	0	30	30	60	3
+ MC254 - BASES DA ACUPUNTURA	ELETIVO	0	30	15	45	2
+ CR264 - BASES DA CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA E ESTÉTICA	ELETIVO	0	60	0	60	4
+ MC261 - BASES DO TRATAMENTO DA DOR	ELETIVO	0	60	30	90	5
+ AT268 - BIOLOGIA CELULAR DO CANCER	ELETIVO	0	45	0	45	3
+ CR247 - CIRURGIA DO TRAUMA	ELETIVO	0	15	30	45	2
+ GN324 - FUNDAMENTOS DE GENÉTICA HUMANA	ELETIVO	0	15	30	45	2
+ MF415 - INICIAÇÃO À PESQUISA CIENTÍFICA	ELETIVO	0	15	45	60	2
+ MC200 - INTRODUÇÃO A INFORMÁTICA EM SAÚDE	ELETIVO	0	30	30	60	3
+ LE716 - INTRODUÇÃO À LIBRAS	ELETIVO	0	60	0	60	4
+ MF253 - INTRODUÇÃO À HOMEOPATIA	ELETIVO	0	30	30	60	3
+ CR263 - MEDICINA DO ESPORTE E DO EXERCÍCIO	ELETIVO	0	15	30	45	2
+ IN726 - TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO APLICADA AO DIAGNÓSTICO E À DECISÃO TERAPÊUTICA	ELETIVO	0	15	30	45	2

- Período: 1º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ IN513 - ESTRUTURA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CÉLULA	OBRIGATÓRIO	1	45	90	135	6
+ IN511 - MEDICINA ÉTICA E RELAÇÕES HUMANAS	OBRIGATÓRIO	1	15	30	45	2
+ IN512 - SAÚDE E SOCIEDADE	OBRIGATÓRIO	1	30	45	75	3
+ IN514 - SISTEMA LOCOMOTOR	OBRIGATÓRIO	1	45	75	120	5
+ IN515 - SISTEMA NERVOSO E SENTIDOS ESPECIAIS	OBRIGATÓRIO	1	60	135	195	8

- Período: 2º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ IN521 - CONSTRUÇÃO E PRODUÇÃO DO	OBRIGATÓRIO	2	15	60	75	3



Albuquerque JF

CONHECIMENTO

+ IN522 - FUNDAMENTOS DA PRÁTICA MÉDICA	OBRIGATÓRIO	2	15	30	45	2
+ IN523 - SISTEMA CÁRDIO - RESPIRATÓRIO	OBRIGATÓRIO	2	45	105	150	6
+ IN524 - SISTEMA DIGESTIVO	OBRIGATÓRIO	2	30	75	105	4
+ IN525 - SISTEMA URINÁRIO	OBRIGATÓRIO	2	30	60	90	4
+ IN526 - SISTEMAS ENDÓCRINO E REPRODUTOR	OBRIGATÓRIO	2	30	75	105	4

- Período: 3º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ IN700 - BASES DA FARMACOLOGIA	OBRIGATÓRIO	3	45	45	90	4
+ IN532 - FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE 1	OBRIGATÓRIO	3	45	30	75	4
+ IN632 - INTRODUÇÃO À SAÚDE COLETIVA	OBRIGATÓRIO	3	30	30	60	3
+ IN631 - MECANISMOS DE AGRESSÃO E DEFESA	OBRIGATÓRIO	3	90	165	255	11
+ IN531 - MEDICINA SOCIEDADE E ÉTICA	OBRIGATÓRIO	3	15	30	45	2

- Período: 4º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ IN541 - A ÉTICA E A LEGALIDADE DA PRÁTICA MÉDICA	OBRIGATÓRIO	4	15	30	45	2
+ IN545 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL I	OBRIGATÓRIO	4	15	30	45	2
+ IN546 - FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE 2	OBRIGATÓRIO	4	45	30	75	4
+ IN544 - INTRODUÇÃO À CLÍNICA E TÉCNICA CIRÚRGICAS	OBRIGATÓRIO	4	60	60	120	6
+ IN542 - INTRODUÇÃO À CLÍNICA MÉDICA	OBRIGATÓRIO	4	75	150	225	10
+ IN543 - RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	OBRIGATÓRIO	4	30	30	60	3

- Período: 5º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ IN551 - ASSISTÊNCIA A CRIANÇA	OBRIGATÓRIO	5	45	90	135	6
+ IN552 - ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE	OBRIGATÓRIO	5	30	45	75	3
+ IN651 - ASSISTÊNCIA À MULHER	OBRIGATÓRIO	5	60	90	150	7
+ IN652 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO I	OBRIGATÓRIO	5	45	45	90	4
+ IN557 - FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE À SAÚDE I	OBRIGATÓRIO	5	30	45	75	3
+ IN653 - PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE	OBRIGATÓRIO	5	15	30	45	2

- Período: 6º



Albuquerque JF

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ IN589 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO II	OBRIGATÓRIO	6	60	105	165	7
+ IN563 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO III	OBRIGATÓRIO	6	75	120	195	9
+ IN565 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL II	OBRIGATÓRIO	6	15	30	45	2
+ IN564 - FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE À SAÚDE II	OBRIGATÓRIO	6	45	30	75	4
- Período: 7º						

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ IN590 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO IV	OBRIGATÓRIO	7	45	105	150	6
+ IN672 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO V	OBRIGATÓRIO	7	75	135	210	9
+ IN575 - DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL III	OBRIGATÓRIO	7	15	30	45	2
+ IN574 - FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE À SAÚDE I	OBRIGATÓRIO	7	45	30	75	4
+ IN671 - INTRODUÇÃO À EPIDEMIOLOGIA	OBRIGATÓRIO	7	15	30	45	2
- Período: 8º						

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ IN661 - A ÉTICA E A DEONTOLOGIA MÉDICA APLICADA	OBRIGATÓRIO	8	30	30	60	3
+ IN581 - ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA À SAÚDE	OBRIGATÓRIO	8	60	120	180	8
+ IN681 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO VI	OBRIGATÓRIO	8	60	105	165	7
+ IN682 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO VII	OBRIGATÓRIO	8	45	45	90	4
+ IN583 - FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE À SAÚDE II	OBRIGATÓRIO	8	45	30	75	4
- Período: 9º						

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ IN591 - INTERNATO I	OBRIGATÓRIO	9	90	870	960	35

- Período: 10º

Componente Curricular	Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
+ IN592 - INTERNATO II	OBRIGATÓRIO	10	90	870	960	35



- Período: 11º

Componente Curricular

+ IN593 - INTERNATO III

Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
OBRIGATÓRIO	11	90	870	960	35

- Período: 12º

Componente Curricular

+ IN594 - INTERNATO IV

Tipo	Período	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Créditos
OBRIGATÓRIO	12	90	870	960	35

Resumo Carga Horária do Perfil

Carga Horária Total: 8400
Carga Horária Obrigatória*: 8220

Carga Horária Eletiva*: 180

Componentes Eletivos do Perfil: 0
Componentes Eletivos Livres: 180
Atividades Complementares: 0



ANEXO 3

Departamento de Neuropsiquiatria/CCS/UFPE
Módulo: Medicina, Ética e Relações Humanas
Curso Médico – M1

Programa de aula – 2º. Semestre/2006.

Dia de aula: 6ª f. das 10 às 12 horas - Anfiteatro 4 do HC/UFPE.

O nosso módulo temático, foi criado para atender às necessidades do estudante de medicina, especialmente relacionadas ao início do curso. Faremos reflexões acerca da formação médica, nos seus aspectos psicológicos, éticos e sociais, procurando facilitar a integração do grupo. Esperamos ajudá-los na adaptação ao curso.

Sejam bem vindos!

Programa:

1. O início do curso médico
2. Aspectos psicológicos da formação médica
3. Aspectos éticos da prática médica
4. O papel social do médico
5. A saúde do médico
6. As diversas formas de concepção e anticoncepção
Noções gerais- orientações aos alunos (Prof. convidado).
7. A dinâmica familiar e sua influência no estado emocional do indivíduo (Seminário)
8. A sexualidade do jovem (Seminário)
9. A ética do estudante de medicina (Seminário)
10. Relato de vivências ao longo do curso médico (Painel com doutorandos e residentes de várias especialidades)
11. A autonomia do médico e do paciente nas instituições de saúde (Seminário)
12. Repercussões do avanço tecnológico na relação médico-paciente (Seminário)
13. Dois seminários com temas de livre escolha dos alunos

Metodologia:

Serão utilizados diversos recursos didáticos, tais como: seminários, exposição de filmes e leitura de textos para discussão em grupo, buscando dessa forma, uma participação ativa dos alunos.

Avaliação – Ocorrerá continuamente ao longo do semestre e constará de:

- Seminário (1ª. Nota)

-Auto-avaliação(2ª. Nota)

-Avaliação do módulo pelos alunos.

Referências:

1. Caixeta, M. – "Psicologia médica". Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
2. Eizirik, C. L.- O ciclo da vida humana. Artmed, 2001.
3. Gonçalves, Ernesto Lima - Médicos e o ensino da medicina no Brasil. Ed. USP, 2001.
4. Jeamment, P. Reynaud, M; Consoli, S – Manual de Psicologia Médica. Ed. Masson, 2000.
5. Jerulalinsky, A e cols.- Psicanálise e desenvolvimento infantil. Artes e Ofícios Editora, 1999.
6. Meleiro, A. M. – "O médico como paciente". São Paulo: Lemos Editorial, 1999.
7. Milan, L. R. e cols.- O universo psicológico do futuro médico. Casa do Psicólogo, 1999.
9. Milan, L. R. e cols.- Vocação médica: um estudo de gênero. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Prof. José Francisco de Albuquerque
Coordenador de Ensino

**Esclarecimentos :****Seminários**

O objetivo principal é promover reflexões com toda a turma.

Aspectos importantes a serem considerados na avaliação do seminário pelo professor:

- Organização (distribuição dos tópicos, desenvolvimento do tema e conclusões)
- Criatividade na apresentação
- Tempo de apresentação: Máximo de 1h e 20 min com 40 minutos para debates.
- Capacidade de estimular o debate com toda a turma.

Auto-avaliação

Será realizada na última aula, constituindo uma maneira efetiva do estudante refletir acerca da sua funcionalidade em relação ao módulo, tomando por base: a frequência às aulas, participação nos debates, conduta ética com os colegas e professor e o aprendizado.

Avaliação do módulo pelos alunos

Ocorrerá conjuntamente com a auto-avaliação. Será realizada utilizando questionário referente aos diversos aspectos do módulo : o conteúdo programático; adequação da metodologia de ensino; a relação professor-aluno; sugestões de aprimoramento para os próximos módulos.



CURSO MÉDICO /UFPE

Medicina, Ética e Relações Humanas (MERHU)

AUTO-AVALIAÇÃO

FAÇA UMA AUTO-AVALIAÇÃO DA SUA PARTICIPAÇÃO NO MÓDULO, TOMANDO POR BASE OS SEGUINTE ASPECTOS:

- a) Frequência às aulas
- b) Participação nas discussões
- c) Postura ética com os colegas e com o professor
- d) Aprendizagem

Finalize, atribuindo uma nota coerente com o relato feito acima



7. Quais as suas sugestões visando o aprimoramento da Proposta para os próximos semestres?

8. Para você, o que foi mais significativo em termos de aprendizado? Descreva.



ANEXO 4

Curso de Medicina / CCS / UFPE
Departamento de Neuropsiquiatria
Desenvolvimento Pessoal e Profissional III / 2009.2

Prezados alunos do 7º. Período

O presente módulo buscará contribuir para a sedimentação de conhecimentos referentes à formação humanística de vocês, iniciada no primeiro período com MERHU e posteriormente com DPPI e DPPII. O interesse é criar um espaço para reflexões acerca das diversas vivências nesse momento do curso, envolvendo o atendimento de pacientes e /ou as relações estabelecidas com os colegas, professores e com a instituição.

Sejam bem-vindos

Horário: 3ªs feiras 13:30 às 15 horas **Local-** Salas 1 e 2 (3º. Andar HC)

Conteúdo programático:

1. A formação psicológica do médico
2. A ética do estudante de medicina
3. A inserção do médico no contexto social
4. As comunicações entre o médico e o seu paciente

Metodologia

Serão utilizados os mais diversos recursos didáticos, buscando uma participação ativa dos alunos (estudos de casos, grupos de reflexão, dramatização, debates sobre filmes, textos de livros, matérias da mídia sobre questões polêmicas e comunicações difíceis na prática médica)

O programa teórico ocorrerá através de seminários apresentados pelos alunos.

Formas de avaliação

1. **Seminários** - Dias : 18/08, 22/09, 27/10 e 24/11 (**temas escolhidos pelos alunos**)
2. **Apresentação de situações vivenciadas individualmente** (três alunos por aula), visando discussão com toda a turma (serão priorizadas as questões referentes às atitudes do estudante /docente ou do paciente). **Será atribuída nota a essa tarefa.**
3. **Auto-avaliação** (Dia 01/12/2009) - oportunidade do estudante refletir acerca da sua participação no módulo, tomando por base aspectos como: freqüência, participação nas aulas e o seu rendimento. Deverá ser atribuída uma nota, coerente com o relato da participação do aluno.

OBS:A média das duas notas (relato de vivências e auto-avaliação) será somada com a nota do seminário e constituirá a média final

4. **Avaliação do módulo** (Dia 01/12/2009) – baseada em questionário referente aos diversos aspectos do módulo: o conteúdo programático; adequação da metodologia de ensino; a relação professor-aluno, o aprendizado e sugestões para o aprimoramento da proposta para os próximos semestres.

5. Bibliografia:

1. Balint, Michael- “ O médico, seu paciente e a doença”. Atheneu Editora, 2005
2. Caixeta, Marcelo-“Psicologia Médica”. Guanabara Koogan, 2005
3. Eizirik, C.L.-“O ciclo da vida humana”. Artmed, 2001.
4. Lopes, V.L.B.-“Doutor, estou com câncer?”. AGE Editora, 2005.
5. Milan, L.R. e cols. -“ O universo psicológico do futuro médico”. Casa do Psicólogo, 1999.
6. Perestrello, Danilo – “ A medicina da pessoa”. Atheneu Editora, 2005.

Professores: José Francisco de Albuquerque (Coordenador) - Turma A
Murilo Duarte da Costa Lima - Turma B



ESCLARECIMENTOS

Relatos de Vivências

- 1- Serão de livre escolha pelo aluno , acerca de qualquer situação que o mesmo tenha vivenciado ou presenciado e considere importante para refletir (ocorrida em ambulatório , enfermaria, plantão, etc.)
- 2- **Cada aluno deverá entregar um relatório da sua participação ao professor, na aula seguinte. O não cumprimento do prazo de entrega poderá reduzir a nota atribuída pelo professor .**
- 3- Como sugestão, deverá constar no relatório: descrição da situação , um resumo das discussões em sala e a conclusão ou aprendizado conseqüente às reflexões ocorridas.

Seminários

Os temas dos seminários serão sugeridos pelos alunos, tomando por base questões julgadas importantes para o momento vivenciado no curso.

Os grupos poderão ser de livre escolha entre os alunos ou por indicação do professor.

Aspectos importantes a serem considerados na avaliação do seminário pelo professor:

1. Organização do seminário (distribuição dos tópicos , qualidade dos recursos utilizados);
2. Tempo de apresentação máximo de 1 hora, com 30 minutos para discussões com a turma;
3. O quantitativo de alunos que efetivamente participaram da condução do seminário;
4. A capacidade dos alunos escalados estimularem o debate com o grande grupo.

OBS: A freqüência será registrada em todas as aulas.



CURSO MÉDICO /UFPE
Desenvolvimento Pessoal e Profissional III (DPP III)

AUTO-AVALIAÇÃO

FAÇA UMA AUTO-AVALIAÇÃO DA SUA PARTICIPAÇÃO NO MÓDULO, TOMANDO POR BASE OS SEGUINTE ASPECTOS:

- a) **Frequência às aulas**
- b) **Participação nas discussões**
- c) **Postura ética com os colegas e com o professor**
- d) **Aprendizagem**

No final, atribua uma nota coerente com o relato feito acima, lembrando que essa nota será somada à do relatório das vivências



Departamento de Neuropsiquiatria/CCS/UFPE.
Módulo: Desenvolvimento Pessoal e Profissional III- 7º. Período

Aos alunos do M7 - 2º Sem./2009.

O módulo DPPIII integra o eixo humanístico iniciado no 1º. período do curso médico com MERHU e posteriormente com DPPI e DPPII. Para os professores, conscientes das dificuldades em promover mudanças, essa experiência necessita de avaliação por parte dos estudantes. Solicitamos, portanto, que você responda com clareza os itens abaixo, sem necessidade de identificação.

Muito obrigado

Idade: Sexo: Estado Civil: Tem filhos?: Sim ou não

1. Como você avalia a existência desse módulo no currículo médico?

positiva negativa não tenho opinião a respeito - Justifique sua resposta:

2. Como você avalia a metodologia utilizada pelo docente
(pode haver mais de uma resposta)

adequada inadequada estimulante desestimulante - Justifique sua resposta:

3. Em relação ao conteúdo que foi abordado. Você julgou?

importante para sua formação médica sem importância para sua formação médica - Justifique sua resposta:

4. Emocionalmente, para você que está no 7º. Período, teve alguma importância encontrar DPPIII no contexto dos outros módulos?

sim não - Justifique sua resposta:

5. Como você avalia o relacionamento do professor com os alunos?

ruim regular bom excelente - Justifique sua resposta:

6. O que você achou da forma como foi realizada a avaliação dos alunos (Seminários, apresentação de vivências e auto-avaliação)
(pode haver mais de uma resposta)

adequada inadequada estimulante desestimulante - Justifique sua resposta:



7. Quais as suas sugestões visando o aprimoramento do módulo para os próximos semestres?

8. Para você, o que foi mais significativo em termos de aprendizado? Descreva.



ANEXO 5

Banco de Dados do Questionário de Avaliação do Módulo Merhu pelos Alunos

aluno	sexo	idade	estadocivil	questão 1	questão 2	questão 3	questao 4	questao 5	questao 6
1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
2	1	0	0	1	1	1	1	1	1
3	0	0	0	1	1	1	1	1	1
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1
5	0	1	0	1	1	1	1	1	1
6	1	0	0	1	2	1	1	2	1
7	0	0	0	1	2	1	1	2	2
8	1	0	0	1	2	1	1	2	1
9	0	0	0	1	1	1	1	1	1
10	1	1	0	1	2	1	1	2	1
11	0	0	0	1	1	1	1	2	2
12	0	0	0	1	1	1	1	2	1
13	1	0	0	1	1	1	1	2	1
14	1	0	0	1	1	1	1	2	1
15	0	1	0	1	2	1	1	2	1
16	1	0	0	1	1	1	1	1	1
17	0	1	0	1	2	1	1	2	1
18	0	0	0	1	2	1	1	1	1
19	1	0	0	1	1	1	1	1	1
20	0	1	0	1	1	1	1	2	1
21	0	0	0	1	1	1	1	1	2
22	1	1	0	1	2	1	1	1	1
23	1	0	0	1	2	1	1	2	1
24	1	0	0	1	1	1	1	1	1
25	1	0	0	1	1	1	1	1	1
26	1	0	0	1	2	1	1	2	1
27	1	0	0	1	2	1	1	2	2
28	1	1	0	1	2	1	1	2	1
29	1	0	0	1	1	1	1	2	1
30	1	0	0	1	2	1	1	1	1
31	0	0	0	1	2	1	1	1	1
32	0	0	0	1	0	1	1	1	1
33	0	1	0	1	1	1	1	1	1
34	0	0	0	1	2	1	1	2	1
35	0	1	0	1	1	1	1	2	1
36	0	1	0	1	1	1	1	1	2
37	0	0	0	1	2	1	1	1	1
38	1	1	0	1	1	1	1	2	1
39	0	0	0	1	1	1	1	2	3
40	1	0	0	1	1	1	1	2	1
41	0	0	0	1	2	1	1	1	1
42	1	1	0	1	1	1	1	2	2
43	1	1	0	1	1	1	1	2	1
44	1	0	0	1	1	1	1	1	2
45	1	0	0	1	1	1	1	1	2
46	0	0	0	1	1	1	1	2	2
47	0	1	0	1	1	1	1	2	2
48	0	1	0	1	1	1	1	1	1
49	1	0	0	1	1	1	1	1	1
50	1	0	0	1	2	1	1	2	2
51	1	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
52	1	0	0	1	2	1	1	1	1
53	1	1	0	1	2	1	1	2	2



Albuquerque JF

54	0	0	0	1	0	1	1	1	2
55	1	1	0	1	1	1	1	1	2
56	1	0	0	1	1	1	1	1	1
57	1	0	0	1	1	1	1	1	0
58	0	0	0	1	1	1	1	2	0
59	1	1	0	1	1	1	1	0	2
60	1	1	0	1	1	1	1	2	2
61	0	0	0	1	2	1	1	2	1
62	0	1	0	1	1	1	1	2	2
63	1	1	0	1	1	1	1	2	1
64	1	0	0	1	1	1	1	2	1
65	0	1	0	1	2	1	1	2	0, 3
66	1	1	0	1	1	1	1	1	1
67	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
68	1	0	0	1	1	1	1	2	1
69	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
70	1	0	0	1	1	1	1	2	2
71	1	1	0	1	1	1	1	1	1
72	1	1	0	1	2	1	1	1	2
73	1	0	0	1	2	1	1	1	2
74	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
75				1	1, 2	1	0	1	1, 2
76	1	1	0	1	2	1	1	0	1
77	1	1	0	1	2	1	1	2	1
78	1	1	0	1	1	1	1	2	1
79	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
80	1	1	0	1	1	1	1	1	1
81		1		1	1, 3	1	1	2	1, 2
82	1	0	0	1	2	1	1	1	1
83	1	1	0	1	1	1	1	1	1
84	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
85	1	1	0	1	1	1	1	1	1, 2
86	1	1	0	1	1	1	1	1	2
87	1	0	0	1	2	1	0	1	2
88	1	1	0	1	2	1	1	2	1
89	1	1	1	1	2	1	1	2	1
90	1	0	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
91	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
92	1	1	0	1	2	1	1	2	1
93	1	0	0	1	2	1	1	1	1, 2
94	0	1	0	1	1	1	1	1	2
95	0	0	0	1	2	1	1	0	1
96	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
97				1	2	1	1	1	2
98	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
99	0	0	0	1	2	1	1	1	2
100	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
101	0	1	0	1	2	1	1	2	1
102	0	0	0	1	2	1	1	1	1
103	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
104	0	0	0	1	2	1	1	2	1
105	0	1	0	1	2	1	1	1	2
106	0	1	0	1	1	1	1	1	1
107	0	1	0	1	1	1	0	1	1
108	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
109	0	0	0	1	2	1	1	1	1



Albuquerque JF

110	0	0	0	1	2	1	1	2	2
111	0	0	0	1	1	1	1	1	2
112	0	0	0	1	2	1	1	1	1
113	0	0	0	1	1	1	1	0	1
114	0	0	0	1	2	1	1	1	1
115	0	0	0	1	1	1	1	2	2
116	0	0	0	1	1	1	1	2	2
117	0	0	0	1	1	1	1	1	1
118	0	0	0	1	1, 3	1	0	1	2
119	0	0	0	1	2	1	1	1	2
120	0	1	0	1	1	1	1	2	1
121	0	1	0	1	2	1	1	1	1
122	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
123	0	0	0	1	2	1		1	1
124	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
125	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	0
126	0	1	0	1	1	1	1	0	2
127	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
128	0	1	0	1	1	1	1	2	2
129	0	1	0	1	1	1	1	1	1
130	0	0	0	1	2	1	1	2	1
131				1	1	1	1	1	1
132	0	1	0	1	2	1	1	2	2
133	0	0	0	1	2	1	1	2	1
134	0	1	0	1	0	1	1	1	1
135	0	1	0	1	1	1	1	0	1
136				1	2	1	1	1	1
137	1	0	0	1	1	1	1	1	1
138	1	0	0	1	2	1	0	1	1
139	1	0	0	1	1	1	1	1	1
140	1	0	0	1	2	1	1	1	1
141	0	1	0	1	1	1	1	2	2
142	0	0	0	1	1	1	1	1	1
143	0	0	0	1	1	1	1	2	1
144	0	0	0	1	2	1	1	2	1, 2
145	0	1	0	1	1	1	0	1	1
146	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	2
147	0	1	0	1	1	1	1	1	1
148	0	1	0	1	1	1	1	1	1
149	0	0	0	1	2	1	1	1	1
150	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
151	0	0	0	1	1	1	1	1	1
152	0	1	0	1	1	1	1	1	1
153	0	0	0	1	2	1	1	2	2
154	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
155	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
156	0	0	0	1	2	1	1	2	1
157	0	1	0	1	1	1	1	2	3
158	0	0	0	1	2	1	1	1	1
159	0	0	0	1	2	1	1	2	1
160	0	0	0	1	1, 2	1	1	1	1
161	0	1	0	1	2	1	1	2	1
162	0	0	0	1	2	1	1	2	1
163	0	0	0	1	2	1	1	2	2
164	0	1	0	1	1	1	1	2	1
165	0	0	0	1	2	1	1	2	1



Albuquerque JF

166	0	0	0	1	2	1	1	1	2
167	0	0	0	1	2	1	1	1	1
168	0	1	0	1	1	1	1	2	1
169	0	1	0	1	1	1	1	1	1
170	0	0	0	1	2	1	1	2	1
171	0	1	0	1	1	1	1	1	1
172	0	1	0	1	1	1	1	2	1
173	0	0	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
174	0	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
175	0	1	0	1	1	1	1	1	2
176	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
177	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	2
178	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
179	0	0	0	1	2	1	1	1	1
180	0	1	0	1	2	1	1	2	1
181	1	0	0	1	1	1	1	2	1, 2
182	1	0	0	1	1	1	1	2	1
183	1	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
184	1	0	0	1	1	1	1	2	1, 2
185	1	0	0	1	2	1	1	2	2
186	1	1	0	1	1	1	1	1	0
187	1	1	0	1	2	1	1	2	2
188	1	1	0	1	1	1	1	1	1
189	1	2	0	1	1	1	1	2	1, 2
190	1	0	0	1	1	1	0	2	1
191	1	1	0	1	2	1	1	1	1
192	1	0	0	1	1	1	1	2	1
193	1	0	0	1	1, 2	1	1	2	1
194	1	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
195	1	0	0	1	1	1	1	1	2
196	1	0	0	1	1	1	1	2	2
197	1	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
198	1	1	0	1	1	1	1	1	1
199	1	0	0	1	2	1	1	2	2
200	1	1	0	1	2	1	1	2	1
201	1	0	0	1	1	1	1	2	1, 2
202	1	3	1	1	2	1	0	2	1
203	1	0	0	1	2	1	1	2	1
204	1	0	0	1	1	1	1	2	1
205	1	0	0	1	1, 2	1	1	1	1
206	1	0	0	1	1	1	1	1	1, 2
207	1	1	0	2	1	1	0	0	1
208	1	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
209	1	0	0	1	2	1	1	1	1, 2
210	1	0	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
211	1	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
212	1	0	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
213	0	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
214	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
215	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
216	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1
217	0	0	0	1	1	1	1	2	3
218	0	1	0	1	1	1	1	2	1
219	0	0	0	1	1	1	1	1	1
220	0	0	0	1	1	1	1	0	1
221	0	0	0	1	2	1	1	2	2



Albuquerque JF

222	0	0	0	1	2	1	1	1	2
223	0	0	0	1	1	1	1	1	1
224	0	0	0	1	1	1	1	2	1
225	0	0	0	1	1	1	1	0	1
226	0	1	0	1	1	1	1	2	2
227	0	0	0	1	1	1	1	2	2
228	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
229	0	0	0	1	1	1	1	2	1
230	0	0	0	1	2	1	1	1	1
231	0	0	0	1	1	1	1	2	1
232	0	0	0	1	2	1	1	0	1
233	0	1	0	1	1	1	1	1	1
234	0	1	0	1	1	1	1	2	2
235	0	2	0	1	1, 2	1	1	2	1
236	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
237	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
238	0	0	0	1	2	1	0	2	2
239	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1
240	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
241	0	0	0	1	1, 2	1	1	1	1
242	0	0	0	1	1	1	1	1	1
243	0	0	0	1	1	1	1	2	2
244	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
245	0	0	0	1	2	1	1	2	1
246	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
247	0	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
248	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
249	1	1	0	1	1, 2	1	0	2	1
250	1	1	0	1	2	1	0	2	1
251	1	0	0	1	2	1	1	2	1
252	1	0	0	1	2	1	1	2	2
253	1	1	0	1	2	1	1	1	1
254	1	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
255	1	0	0	1	1	1	0	2	1
256	1	0	0	1	1, 2	1	1	2	1
257	1	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
258	1	1	0	1	2	1	1	1	1
259	1	0	0	1	1	1	1	2	1, 2
260	1	1	0	1	1	1	1	2	2
261	1	1	0	1	1	1	1	1	1
262	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
263	1	0	0	1	1	1	1	1	1
264	1	0	0	1	1	1	1	2	1
265	1	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
266	1	1	0	1	3	1	1	1	3
267	1	0	0	1	1	1	1	2	2
268	1	1	0	1	1	1	1	2	1
269	1	0	0	1	1	1	1	2	1
270	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
271	1	1	0	1	2	1	1	1	2
272	1	1	0	1	2	1	1	2	1
273	1	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
274	1	0	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
275	1	1	0	1	1	1	1	2	2
276	1	1	0	1	1	1	1	1	1, 2
277	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2

*Albuquerque JF*

278	1	0	0	1	1	1	1	1	1, 2
279	1	0	0	1	1	2	1	1	1
legendas	MERHU								
0=fem	0=<20	0=solt	0=neg	0=inad	0=s/imp	0=não	0=reg	0=inad	
1=mas	1=>20	1=cas	1=posit	1=adeq	1=imp	1=sim	1=bom	1=adeq	
	2=>25		2=s\ opin	2=est			2=excel	2=est	
	3=>30			3=des				3=des	



ANEXO 6

Bancos de Dados do Questionário de Avaliação do Módulo de DPP III pelos alunos

aluno	sexo	idade	estadocivi	questão 1	questão 2	questão3	questão 4	questão 5	questão 6
1	0	1	0	1	1	1	1	1	0
2	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
3	1	2	0	1	1	1	0	2	1,2
4	0	1	0	1	1	1	1	1	1,2
5	1	1	0	1	1	1	0	1	1, 2
6	0	1	0	2	2	1	1	1	1,2
7	0	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
8	1	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
9	1	1	0	1	3	1	1	1	1, 2
10	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1,2
11	0	1	0	0	1	1	0	1	1,2
12	1	1	0	1	1	1	1	0	1,2
13	1	1	0	1	1	1	1	2	1,2
14	1	1	0	1	1,2	1	1	2	1,2
15	0	1	0	1	1	1	1	2	1,2
16	0	1	0	1	2	1	0	1	2
17	1	1	0	1	2	1	1	2	1, 2
18	0	1	0	1	2	1	1	1	2
19	0	1	0	1	1	1	1	2	0
20	1	1	0	1	1,2	1	1	1	1,2
21	1	1	0	1	0	1	1	0	1,2
22	0	1	0	1	2	1	1	2	1,2
23	1	1	0	1	1,2	1	1	2	1, 2
24	1	1	0	1	1	1	1	2	1,2
25	0	1	0	1	1,2	1	0	2	1,2
26	0	1	0	1	1	1	1	1	1,2
27	0	1	0	1	1,2	1	1	0	1,2
28	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1,2
29	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
30	1	1	0	1	3	1	0	2	1,2
31	1	1	0	1	1,2	1	1	2	1,2
32	1	1	0	1	1,2	1	1	2	1,2
33	1	0	0	1	2	1	1	2	1,2
34	0	1	0	1	1,2	1	1	1	1,2
35	0	2	1	1	1	1	0	1	1,2
36	0	2	0	1	2	1	0	2	1,2
37	1	1	1	1	0	1	1	1	3
38	1	1	0	1	2	1	1	2	1,2
39	1	2	0	1	1, 2	1	0	2	1, 2
40	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
41	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1,2
42	1	1	0	1	0	1	1	2	1,2
43	0	1	0	1	0	1	1	1	3
44	0	1	0	1	1, 2	1	0	1	1, 2
45	0	1	0	1	1	1	1	1	1,2
46	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1,2
47	1	1	0	1	1	1	1	2	1,2
48	0	1	0	1	1,2	1	0	1	1,2
49	1	1	0	1	3	1	1	1	1,2
50	0	1	0	1	2	1	1	2	1, 2
51	1	1	0	0	1	1	1	1	1,2
52	1	1	0	1	1,2	1	1	2	1,2
53	1	1	0	1	1	1	1	1	1,2



Albuquerque JF

54	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1,2
55	1	1	0	1	2	1	1	1	1,2
56	1	1	0	0	3	1	0	0	1,2
57	0	1	0	1	1	1	0	2	1,2
58	1	1	0	1	0	1	1	1	3
59	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
60	1	1	0	1	2	1	1	2	1,2
61	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1,2
62	1	1	0	1	2	1	0	1	1,2
63	1	1	0	1	1,2	1	1	2	1,2
64	1	1	0	1	1,2	1	1	1	1,2
65	1	1	0	1	1,2	1	1	2	1,2
66	1	1	0	1	2	1	1	1	1,2
67	1	1	0	1	1	1	1	1	1,2
68	0	1	0	1	1,2	1	1	2	1,2
69	0	1	0	1	2	1	1	1	1,2
70	1	1	0	1	1,2	1		2	1,2
71	1	1	0	1	1	1	1	2	1,2
72	0	1	0	1	1,2	1	1	2	1,2
73	0	2	0	1	1	1	1	1	1
74	0	1	0	1	2	1	1	1	1
75	0	1	0	2	0, 2	1		2	0
76	0	2	0	1	1	1	1	1	1
77	0	1	0	2	0	0	0	1	1
78	0	1	0	1	1	1	1	1	2
79	0	2	0	1	1		1	1	1
80	0	1	0	1	2	1	1	1	2
81	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
82	0	1	0	1	1	1	1	1	1
83	0	2	0	1	1	1	1	0	1
84	0	1	0	1	1	1	1	2	2
85	0	1	0	1	2	1	1	2	2
86	0	1	0	0	3	1	0	1	1
87	0	1	0	1	1	1	0	1	1
88	0	1	0	1	1	1	0	2	1
89	0	2	1	1	1, 2	1	1	1	1, 2
90	0	1	0	1	1	1	1	1	1
91	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
92	0	1	0	1	1	1	1	2	1
93	0	1	0	1	1	1	1	2	1
94	0	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
95	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
96	0	1	0	1	1	1	1	2	2
97	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
98	0	1	0	1	1	1	1	1	1
99	0	2	0	1	1, 2	1	1	2	1
100	0	1	0	1	1	1	1	1	1, 2
101	0	1	0	1	2	1	1	1	1
102	0	1	0	1	2	1	0	1	2
103	0	1	0	1	1	1	1	1	1
104	1	1	1	1	2	1	1	2	1
105	1	1	0	2	1	1	1	1	0, 3
106	1	1	0	1	1	1	0	1	1
107	1	1	0	1	3	1	0	1	1
108	1	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
109	1	1	0	1	2	1	0	2	1



Albuquerque JF

110	1	1	0	1	1	1	1	2	1
111	1	1	0	1	1	1	1	2	0, 2
112	1	1	0	1	1	1	1	1	1
113	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
114	1	1	0	1	2	1	0	1	1
115	1	2	0	1	1	1	0	1	1
116	1	1	0	1	1	1	0	1	1
117	1	1	1	1	1, 2	1	0	1	1
118	1	1	0	1	1	1	0	1	1
119	1	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
120	0	1	0	1	2	1	1	2	1
121	0	2	0	1	2	1	1	2	1
122	0	1	0	1	2	1	1	2	1
123	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
124	0	1	0	1	2	1	1	2	2
125	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
126	0	1	0	1	2	1	1	2	1, 2
127	0	1	0	1	1	1	1	2	2
128	0	1	0	1	1	1	1	1	1
129	0	2	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
130	0	1	0	1	2	1	1	2	2
131	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
132	1	1	0	1	2	1	1	2	1
133	1	1	0	1	1	1	1	2	1
134	1	1	0	1	1	1	1	2	1
135	1	2	0	1	1	1	1	2	2
136	1	1	0	1	2	1	1	1	1, 2
137	1	1	0	1	2	1	1	2	1
138	1	1	0	1	1	1	1	2	1
139	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
140	1	2	0	0	1	1	0	1	2
141	1	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
142	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
143	1	2	0	0	3	0	0	2	1
144	1	1	0	1	1	1	1	2	1
145	1	1	0	0	1	0	0	1	1
146	1	0	0	1	2	1	1	2	1
147	1	2	0	1	1, 2	1	1	2	1
148	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
149	0	1	0	1	2	1	1	2	2
150	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
151	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
152	0	2	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
153	0	1	0	1	2	1	1	1	1
154	1	3	1	1	2	1	1	2	2
155	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
156	1	1	0	1	2	1	1	2	2
157	1	2	0	1	1	1	1	2	2
158	0	1	0	1	1	1	1	2	1
159	0	1	0	1	2	1	1	2	1, 2
160	1	1	0	1	1	1	1	2	1
161	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
162	1	1	0	1	1, 2	1	0	2	1, 2
163	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
164	0	1	0	1	1	1	1	2	1
165	0	2	0	1	3	1	0	2	1



Albuquerque JF

166	0	1	0	1	1	1	1	2	1
167	0	1	0	1	2	1	1	2	2
168	0	1	0	1	2	1	1	1	1
169	0	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
170	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
171	1	1	0	1	2	1	1	2	1
172	1	1	0	1	1	1	0	2	1
173	1	1	0	1	1	1	1	2	2
174	1	2	0	1	2	1	0	2	1
175	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
176	1	1	0	1	2	1	1	2	2
177	1	1	0	1	1	1	1	2	2
178	1	1	0	1	2	1	0	1	2
179	1	1	0	1	2	1	1	2	1
180	1	1	0	1	1	1	1	2	2
181	1	1	0	1	2	1	1	2	1, 2
182	1	1	0	1	1	1	1	2	2
183	1	1	0	1	1	1	1	2	1
184	1	1	0	1	1	1	1	2	1
185	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
186	0	1	0	1	2	1	1	2	1
187	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
188	0	1	0	1	1	1	1	2	1
189	1	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
190	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
191	1	1	0	2	1, 2	1	0	2	1
192	0	1	0	1	2	1	1	1	1, 2
193	1	0	0	1	1, 2	1	1	2	2
194	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
195	1	1	0	1	2	1	1	2	1, 2
196	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
197	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
198	1	1	0	1	2	1	1	2	1
199	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
200	0	1	0	1	2	1	1	2	1, 2
201	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	2
202	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
203	0	1	0	1	2	1	0	2	1, 2
204	0	1	0	1	2	1	1	2	1, 2
205	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
206	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
207	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
208	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
209	0	1	0	1	2	1	1	1	1, 2
210	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
211	0	1	0	1	1	1	1	1	2
212	0	1	0	1	1	1	1	2	1
213	0	1	0	1	1	1	0	2	1, 2
214	0	1	0	1	1, 2	1	0	2	2
215	0	1	1	1	1	1	1	1	1, 2
216	0	1	0	1	2	1	1	1	1
217	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
218	1	1	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
219	0	1	0	1	1	1	1	2	2
220	0	2	0	1	1	1	1	1	1
221	1	1	0	1	1	1	0	2	1



Albuquerque JF

222	0	1	0	1	1	1	1	2	1
223	0	1	0	1	1	1	1	2	2
224	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
225	1	2	0	1	1	1	1	1	1
226	0	1	0	1	2	1	1	2	1
227	1	1	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
228	1	1	0	1	1	1	1	1	1, 2
229	1	2	0	1	3	1	1	2	1
230	1	2	0	1	1	1	0	1	1
231	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
232	1	2	0	1	1	1	0	2	1
233	0	2	1	1	1	1	1	1	1, 2
234	0	1	0	1	1	1	1	1	1
235	1	1	0	1		1	1	2	2
236	1	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
237	1	1	0	1	1, 2	1	0	2	0, 3
238	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
239	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
240	0	1	0	1	1	1	1	2	1
241	0	1	0	1	1	1	1	1	1
242	0	1	0	1	2	1	1	2	1
243	0	1	0	1	2	1	1	2	2
244	0	1	0	1	1	1	1	2	1
245	0	2	0	1	2	1	1	2	2
246	0	1	0	1	1	1	1	2	2
247	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
248	0	1	0	1	1	1	0	2	1
249	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
250	0	1	0	1	1	1	1	2	1
251	0	1	0	1	1	1	1	2	1, 2
252	0	1	0	1	1	1	1	2	1
253	0	2	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
254	0	1	0	1	1	1	1	2	1
255	0	1	0	1	2	1	1	1	1
256	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
257	0	2	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
258	0	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
259	0	2	0	1	1	1	1	2	1, 2
260	0	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
261	0	1	0	1	1	1	1	1	1
262	0	1	0	1	1	1	1	2	1
263	0	1	0	1	1	1	0	2	1
264	0	1	0	1	1	1	1	2	1
265	1	2	1	1	1	1	1	2	2
266	1	1	0	1	1	1	1	1	1, 2
267	1	2	0	1	1	1	1	2	1, 2
268	1	1	0	1	1	1	1	2	2
269	1	1	0	1	1, 2	1	1	1	1
270	1	1	0	1	2	1	1	2	2
271	1	1	0	1	1	1	1	2	1
272	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
273	1	1	0	1	1, 2	1	0	2	2
274	1	1	0	1	2	1	0	1	1
275	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
276	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2
277	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1, 2



Albuquerque JF

278	1	1	0	1	1, 2	1	0	1	1, 2
279	1	1	0	1	2	1	1	2	2
280	1	1	0	1	1, 2	1	0	1	1, 2
281	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	2
282	1	1	0	1	1, 2	1	1	1	1, 2
283	1	1	0	1	2	1	1	2	2
284	1	1	0	1	1, 2	1	1	2	1
legendas	DPP III								
0=fem	0=<20	0=solt	0=neg	0=inad	0=s/imp	0=não	0=reg	0=inad	
1=mas	1=>20	1=cas	1=posit	1=adeq	1=imp	1=sim	1=bom	1=adeq	
	2=>25		2=s\ opin	2=est			2=excel	2=est	
	3=>30			3=des				3=des	



ANEXO 7

Texto do acolhimento aos alunos que iniciam o Curso de Medicina**Reflexões sobre aspectos éticos e o comportamento do estudante de medicina**

Possivelmente o primeiro questionamento de vocês é o porquê desse tema ser abordado nos primeiros dias do Curso de Medicina. Certamente pode-se tentar justificar que representa o compromisso da Coordenação do Curso de Medicina com o estudante, através dos docentes que compõem o seu Núcleo Pedagógico, interessados em contribuir com a adaptação dos mesmos à funcionalidade do curso. Tal iniciativa é baseada em vivências anteriores com alunos de inúmeras turmas ao longo dos anos de experiência desses docentes e está fundamentada na consciência dos aspectos que caracterizam uma grande maioria dos que iniciam o curso de medicina. Jovens idealistas que passaram no vestibular mais concorrido da nossa universidade, na primeira vez, ou após a quarta ou quinta tentativa, não importa, a sensação é de ser um vencedor de uma grande batalha. Após essa conquista, o início do curso se apresenta como um momento envolvido por inúmeras questões, especialmente de ordem psicológica: o que vou encontrar? como serão os professores? E os meus colegas? alguns são conhecidos de muito tempo, outros naturalmente não. Como vai ser conviver por seis anos com tanta gente? É um tempo de duração maior que o de muitos casamentos e também um tempo maior de convivência que o passado no dia-a-dia com os familiares. Nesse contexto, é um tempo muito importante da vida de um estudante de medicina. Pensando assim, pode-se imaginar que para uma convivência tão longa há necessidade de pensar em diversos aspectos que possam tornar mais agradável esse período e ao mesmo tempo possa ser útil em termos de aprendizagem.

Considerando a faixa etária da maioria dos que iniciam o curso, pode-se pensar em questões de comportamento presentes em grande parte dos adolescentes: as brincadeiras, a irreverência, a alegria e o vigor dessa fase saudável e tão importante da vida. Apesar de jovens, a partir do conhecimento intelectual, conquistaram um espaço de adultos, de estudantes de um curso universitário onde serão cobradas posturas de adulto, diante de situações as mais diversas, desde o manusear cadáveres até o lidar com o sofrimento e com a dor do paciente das nossas unidades de saúde.

Importante ressaltar que o estado emocional do estudante, mesmo com algum grau de maturidade que o mesmo possa ter, nem sempre acompanha o crescimento do seu conhecimento intelectual, pois é assim que ocorre com o ser humano em geral. Nesse sentido, é oportuno conversar sobre esse período de transição para a vida adulta. Muitos de vocês sentem-se livres para agir sem se preocupar com qualquer norma, como por exemplo: vir ao hospital de sandália, de bermuda, com as roupas que usam habitualmente, sem qualquer preocupação com o que representa esse novo local de estudo com características tão específicas. O que vocês pensam sobre isso? Será que existem regras para se portar como estudantes de medicina? Será que vocês estão conscientes da representação social do curso e da profissão que escolheram?

É fundamental refletir com vocês sobre comportamento e ética, sem querer com isso determinar padrões rígidos de funcionamento pessoal, pois agimos diferentemente porque somos diferentes, pensamos de maneira diversa, temos valores distintos, porque cada um de nós assimilou padrões de uma cultura familiar e social que nos destaca como uma pessoa única. Porém, temos algo em comum, o interesse com a formação médica e isso pressupõe a assimilação de posturas que caracterizam o contexto de uma ação médica. A postura ética para refletir com vocês nesse momento, não é a formalidade do nosso código de ética hipocrático nos diversos artigos que o compõem, pois isso será visto oportunamente.



O objetivo desse momento, é propiciar reflexões que visam prepará-los para entender melhor porque existe um código de ética médica. Espera-se que vocês compreendam que há necessidade de regras para que se estabeleça uma convivência social saudável, como em toda funcionalidade social, que visa preservar os interesses de cada um, sem interferir negativamente nos interesses do outro. Atualmente o Núcleo Pedagógico do curso vem discutindo os diversos aspectos referentes a funcionalidade do curso como um todo, através dos registros dos alunos e também dos professores. Estamos num grande processo de construção, onde cada um de vocês pode contribuir de alguma forma. A contribuição do estudante é imensa, vai desde a postura receptiva para assimilar conhecimentos, à atitude crítica construtiva quando alguma situação assim necessite. Enfim, uma importante contribuição do estudante será manter uma atitude respeitosa com o seu maior objetivo que é a formação médica, através de reflexões sobre a sua conduta (vestuário, as conversas e as brincadeiras e os namoros durante a aula, o entra e sai da sala durante as aulas, as faltas sem qualquer justificativa, o uso do celular, o não dispor de jaleco (bata) para atender no ambulatório ou enfermaria, não dispor do seu equipamento individual como o estetoscópio, por exemplo, etc.) e a relação que estabelece com os pacientes, com os professores, com os profissionais de outras áreas e com os funcionários dos serviços de saúde que tem oportunidade de frequentar .

Ser estudante de medicina possivelmente será uma experiência ímpar na vida de cada um de vocês e nós docentes já com as marcas do tempo, lembramos da nossa época e ressaltamos que as amizades que fazemos nesse período permanecem por muitos anos e que as lembranças das ocorrências ao longo do curso são inesquecíveis, por mais difíceis que possam ter sido as nossas experiências .

Finalmente, damos as boas vindas a todos vocês que iniciam o curso de medicina e os convidamos para um esforço coletivo de compromisso, de responsabilidade, de coerência e especialmente de respeito com o grande objetivo da instituição que vocês escolheram, que é conseguir formar pessoas para cuidar de pessoas.

Prof. José Francisco de Albuquerque
Coordenador do NAEM
(Núcleo de Apoio ao Estudante de Medicina da UFPE)

ANEXO 8



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 019/2011 - CEP/CCS

Recife, 09 de fevereiro 2011

Registro do SISNEP FR – 336375
CAAE – 0166.0.172.000-10
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 167/10

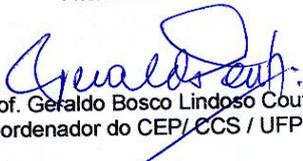
Título: **A Reestruturação do Curso de Medicina da UFPE: a construção do “Ser Médico”, a partir do eixo humanístico do curso”.**

Pesquisador Responsável: José Francisco de Albuquerque

Senhor (a) Pesquisador (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 08/02/2011 o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê nesta data.

Atenciosamente



Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

Ao
Prof. José Francisco de Albuquerque
Curso de Medicina- CCS/UFPE