

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

RENATO SOLEIMAN FRANCO

**COMPETÊNCIA E PERFIL DO EGRESSO: ANÁLISE DO DISCURSO DE
DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA**

**CURITIBA
2012**

RENATO SOLEIMAN FRANCO

**COMPETÊNCIA E PERFIL DO EGRESSO: ANÁLISE DO DISCURSO DE
DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marcia Regina Cubas

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Evelise Maria Labatut Portilho

CURITIBA

2012



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE
DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº-160

Aos 26 dias de julho de 2012 realizou-se a sessão pública de defesa da dissertação: **"Competência e Perfil do Egresso: Análise do Discurso de Docentes do Curso de Medicina"**, apresentada por **Renato Soleiman Franco**, sob orientação da **Profª Drª. Marcia Regina Cubas** e coorientação da **Profª. Drª. Evelise Maria Labatut Portilho**, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Tecnologia em Saúde – Área de Concentração – **Informática em Saúde** perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Drª. Marcia Regina Cubas,
PUCPR (Orientador e presidente)


assinatura

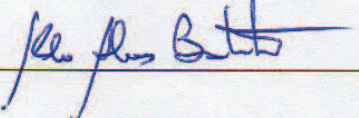
Aprovado
parecer (aprov/ reprov.)

Profª. Drª. Auristela Duarte de Lima Moser
PUCPR (Examinador)



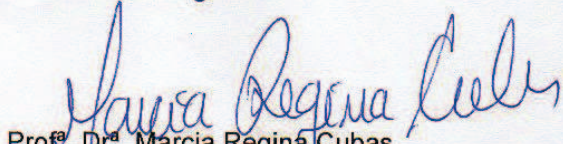
APROVADO

Prof. Dr. Nildo Alves Batista,
UNIFESP (Examinador)



APROVADO

Conforme as normas regimentais do PPGTS e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado Aprovado (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora. Este resultado está condicionado ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora registradas no Livro de Defesas do Programa.


Profª. Drª. Marcia Regina Cubas,
Coordenadora do PPGTS PUCPR

“Quem conhece a sua ignorância revela a mais profunda sapiência. Quem ignora a sua ignorância vive na mais profunda ilusão.”

Lao-Tse

Dedico esta dissertação à Camila, minha esposa, amada e parceira; que com seu olhar e sua voz doce e sincera me ensina a cada dia o significado do amor, da honestidade e pôde me transformar de um adolescente com sonhos em um homem realizado; e à mãe Ana, ao pai Zé, e ao Rafa que me ensinaram o significado da vida e são, sem qualquer dúvida, meu eterno exemplo a ser seguido e meu porto seguro.

Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

Claro que irei me esquecer de alguém, ou melhor, de várias pessoas. Não pela ingratidão, mas quem me conhece sabe do que estou falando.

À **Deus** agradeço pelo seu amor, pela minha saúde, esperança e paz. Além disso, pela oportunidade de ter me dado a vida e por ser uma presença constante, mesmo nos momentos em que me distancio dele. E que Ele sempre esteja na garupa da minha bicicleta, nas rodovias e nas estradas de chão.

Ainda por **Deus**, pude ser recebido por uma família que me ensinou TUDO que sei com o amor e atenção. Sabendo me deixar caminhar sozinho (mesmo que algumas vezes tivesse medo), fazendo que eu tivesse confiança e perseverança; ainda mais sabendo que um colinho nunca irá faltar. O **pai Zé** e a **mãe Ana** me fizeram crescer e são sempre minhas referências. Pelo seu amor, carinho e atenção estou aqui hoje. Desde as rodinhas da bicicleta me dão o equilíbrio que preciso. Ao **Rafa**, que sofreu bastante na mão desse seu irmão mais velho, ele é o companheirinho que eu sempre pedia para o “papai do céu” e mesmo não nos falando muito temos uma ligação muito forte. Obrigado também à **Jaque** (e cuida do Rafa, está bem?).

Como não falar dos avós, o **Vô Samé** com seu Corcel II, me buscando na escola e caindo da grade após um chute por mim desferido em sua fina canela; como tenho saudade disso. Assim como das pescarias no quintal com o **Vô Roberto** e as histórias de pescarias e o braço de ferro que eu sempre ganhava. Minhas queridas avós; **Vó Zezé**, sempre com um feijãozinho quentinho e até hoje mostrando sua perseverança e coragem, com quem aprendo constantemente; **Vó Brasília**, com o Tabule, a Xispora e sempre com muito carinho e amor ao seu netinho. À **tia Nabirra** e à **tia Nayma** e à **tia Alzira** amores de pessoas, exemplos de irmãs dedicadas e presentes.

Nossa, continuo com a sensação que vou esquecer... Agradeço ao **tio Paulo** e à **tia Vânia**, sempre dispostos a me receber com carinho e me mostrar São Paulo. A **tia Rô** que na sua breve passagem foi mais uma amiga que tia. À **tia Beth** e **tio Chico**, sempre nos recebendo, com todo carinho. Ao **tio Jorginho**, **tia Tida**, **Lu** e **Li** (lembra do dilin?) pelos momentos de brincadeira e pela força. Lembro-me muito bem da presença do tio Jorginho quando o pai foi para o Japão (sou eternamente grato). **Tio Edinho**, a ala corintiana da família, pelas brincadeiras e peço desculpas

pelas dores nas costas que lhe causei. Além disso, agradeço ao tio Edinho em conjunto com **Dr. Shigueo, Vânia e Vera** por me lembrar de que existe algo maior do que esse mundo material, bem como pela presença, principalmente nos momentos mais difíceis.

À minha madrinha **Elizete** e **tio Edu** pelo repouso na praia (não acho que eu estivesse cansado, mas, que tempo bom!).

Não tem como esquecer da **Sonia**, do **João**, do **Marcelo**, da **Laurinha**, do **Vô Nelson** e da **Vó Nair**. Dos quais tenho muito orgulho em dizer que faço parte da família e agradeço pelo carinho e acolhida.

Ao pessoal da Secretaria de Saúde um especial abraço e agradecimentos pela compreensão; obrigado **Cristiane, Carmen, Adriane, Katie, Daiane, Paulo, Elaine, Nalu e Estela** (fujonas) e ao **Gu**. Sem o apoio e tolerância de vocês não teria conseguido concluir esse projeto.

Aos meus colegas de docência com quem aprendo bastante, professora **Gisele Richter Minhoto**, professor **Cesar Mylla**, professor **Dagoberto Requião** e em especial ao professor **Dirceu Zorzetto Filho** pelos incentivos e por ter possibilitado que eu iniciasse na docência de Psiquiatria. Ao professor **Ronald Gielow** que nos recebeu na PUC e com quem iniciamos na carreira docente.

Ao Professor **Emilton Lima Junior**, agradeço por ter nos recebido de braços abertos e com humildade e sabedoria nos incentivou e mostrou o caminho que eu e Camila deveríamos seguir e nos indicou a professora Marcia Cubas.

Nossa, à professora **Marcia Cubas**, quanta paciência e dedicação. Terei sempre orgulho em dizer que fui seu orientado e me considero (salvo pretensões) seu amigo. Obrigado por ajudar a realizar esse sonho.

À professora **Evelise Portilho**, agradeço pela atenção e pela motivação que me passa nesse trabalho. Agradeço também à **Izelde** pelos socorros e a atenção.

Está chegando a hora dos amigos, tomara que não dê briga. Ao **Ramiro** e a toda família **Xavier Chebel** de quem me considero filho e compartilho todas as minhas conquistas. E veja se volta a pedalar Ramirão. Ao **Michael e família Yaari** por ser um amigo presente e acolhedor. Ao pessoal do Ciclismo, **o Cris, Alexandre, Ariel, Julio, Alex, Ronaldo, Fabrício, Sherek** e toda galera **BikeBrothers** por me aguentarem e me esperarem nos pedais, principalmente nas quebras por câimbra.

Sol, obrigado pela ajuda nos assuntos acadêmicos, pela amizade e por fazer o Alexandre dormir tarde.

Paty, tia Zena e tio Antônio, muito obrigado por ser nosso apoio aqui em Curitiba e por nos proporcionarem o que temos aqui hoje.

Agradeço aos **alunos**, com quem aprendo muito mais que ensino e me motivam a crescer.

Cá, deixei você por último, pois não tenho como te agradecer, por mais que fale ou escreva, sempre estarei em débito. Obrigado pelo seu sorriso, pelo teu olhar, por poder te amar, por tudo que me ensina. Te amo.

A todos os que fazem parte da minha vida, muito obrigado, essa conquista é nossa.

Amo vocês.

RESUMO

A educação médica, desde 1950 até os dias atuais, vem passando por transformações e inovações. Principalmente a partir de 2001, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina que mobilizam as escolas médicas a redirecionar seus currículos para uma formação baseada, em um perfil de egresso capaz de realizar um cuidado integral, com um conhecimento da realidade em que atua. Nesse sentido, analisou-se o discurso do docente do Curso de Medicina de uma instituição particular/filantrópica de ensino, sobre as competências a serem desenvolvidas pelo aluno durante o curso; com o intuito de oferecer subsídio para a implementação de uma ferramenta computacional para o acompanhamento do desenvolvimento de competências pelo discente do curso de Medicina. Sendo que essa dissertação faz parte do projeto: Proposta de uma ferramenta computacional para o apoio ao processo avaliativo das competências do aluno do curso de medicina. Utilizou-se como método a abordagem qualitativa através do Discurso do Sujeito Coletivo que apresenta como figuras metodológicas as Expressões-chave (ECH), Ideias Centrais (IC), Ancoragem, Categorias e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este último é a tradução através de um discurso único das diferentes falas dos sujeitos; é como se esse discurso “falasse pela coletividade”. Foram entrevistados 18 professores, selecionados por serem representativos da comunidade em que estão inseridos. Esses Discursos foram posteriormente comparados com as DCN e com dados da literatura sobre o tema. Foram elaboradas 19 ICs, 29 DSC e dois Discursos Marginais. Essas figuras puderam ser dispostas em 8 Categorias: O papel social, a ética e a atitude; O conhecimento; A anamnese e o exame físico; O raciocínio clínico; Dificuldades apresentadas pelos alunos; As ferramentas utilizadas pelas Disciplinas; A Universidade, o Estado e o curso de Medicina na formação do médico e A competência para o egresso do curso de Medicina. A partir disso, foi possível identificar que o termo competência extrapola a simples realização de tarefas, bem como que a habilidade de comunicação, o raciocínio clínico, as atitudes e a ética estão entre as principais competências a serem desenvolvidas. Os casos clínicos tutoriais, o comportamento em sala de aula, as atividades envolvendo pacientes e o professor como modelo são os principais motivadores para essas competências. Os elementos que foram apontados como dificultadores desse processo apontam desde a necessidade de investimento no docente, um número menor de alunos por atividade e a importância de um eixo longitudinal enfocando as principais competências apontadas. Outro aspecto importante foi que a maioria das competências apontadas pelas DCN estava presente nos Discursos, no entanto há uma competência que ressalta a importância em cuidar de si, esta não foi citada em nenhum momento pelos docentes; apontando para uma possível negligência do profissional médico quanto a sua saúde.

Palavras-chave: Educação Médica. Competência Profissional. Currículo.

ABSTRACT

Medical education, since 1950 until today, has been undergoing for changes and innovations. Especially since 2001, with the National Curriculum Guidelines (DCN) for Medicine that mobilize the medical schools to redirect their curriculum for training based on a profile of graduates capable of performing a comprehensive care, with a knowledge of reality in which it operates. Thus, it was analyzed the discourse of the Medical School's professor of a private / philanthropic university, on skills to be developed by the student during the course, with the aim of providing a subsidy for the implementation of a computational tool for monitoring the development of skills by students of Medical School. This dissertation is part of the project: Proposal for a computational tool to support the evaluation process of the medicine student's competences. It was used a qualitative approach as a resource through the Collective Subject Discourse presenting methodological approaches as the key expressions (ECH), Central Ideas (IC), Anchorage, Categories and the Collective Subject Discourse (DSC). The latter is a translation through a single speech of different individuals' words, as if this speech is "speak for the collectivity." It was interviewed 18 teachers, selected as representative of the community where they work. These speeches were then compared with the DCN and the literature on the subject. It was prepared 19 ICs, 29 DSC and two marginal discourses. These figures could be arranged in eight categories: The social role, ethics and attitude; The knowledge; The anamnesis and physical examination; The Clinical reasoning; The difficulties presented by the students; The tools used by Disciplines; The University, the State and the course of Medicine in medical training; and The competence for graduates of Medical School. From this, it was possible to observe that the term competency goes beyond the simple realization of tasks, as well as the communication skills, clinical reasoning, attitudes and ethics are among the core competencies to be developed. Clinical cases tutorials, the behavior in the classroom, activities involving patients and the model presented by the professor are the main drivers for these skills. The elements that were identified as hindering in this process are the need for investment in teaching, a smaller number of students per activity and the importance of focusing on a longitudinal axis of the core competencies outlined. Another important aspect was that most of these competencies by DCN was present in the speeches, however there is a competence that emphasizes the importance of caring for themselves, this was not mentioned at any time by the teachers, pointing to a possible neglect of the medical professional as their health.

Keywords: Medical Education. Professional Competence. Curriculum.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	- Associação Brasileira de Educação Médica
ABP	- Aprendizagem Baseada em Problemas
AC	- Ancoragem
AEP	- Abordagem Ensino com Pesquisa
AEP	- Abordagem Ensino com Pesquisa
CES	- Centro de Ensino Superior
CES	- Centro de Ensino Superior
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CINAEM	- Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
DSC	- Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	- Expressões Chaves
IC	- Ideia Central
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	- <i>Problem Based Learning</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3.1 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.....	24
3.2 CONCEPÇÕES DE COMPETÊNCIA	27
3.2.1 Aspectos Gerais da Competência	27
3.2.2 Competência e a profissão	29
3.2.3 Competência: sua aplicação na área médica e a concepção utilizada na presente dissertação.....	31
4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS	36
4.1 MÉTODO DE COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	36
4.1.1 O universo da amostra e seleção dos sujeitos	36
4.1.2 Instrumento Metodológico.....	38
4.1.2.1 Expressões chave	38
4.1.2.2 Ideia Central	39
4.1.2.3 Ancoragem	39
4.1.2.4 Categoria	39
4.1.2.5 Discursos do Sujeito Coletivo:	40
4.1.2.6 Apresentação dos Resultados e Discussão.....	40
4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
5 RESULTADOS.....	42
5.1 IC1: A COMPETÊNCIA ASSOCIA ELEMENTOS PROFISSIONAIS COM PESSOAIS..	43
5.1.1 Expressões-chave1	43
5.1.1.1 DSC 1	43
5.2 IC2: OS ELEMENTOS MAIS IMPORTANTES DA COMPETÊNCIA PODEM SER PESSOAIS OU PROFISSIONAIS	44
5.2.1 Expressões-chave2A: relacionadas às competências pessoais.....	44
5.2.1.1 DSC2A.....	44

5.2.2 Expressões-chave2B: relacionadas às competências profissionais	44
5.2.2.1 DSC2B	45
5.3 IC3: O MÉDICO DEVE SER ÉTICO, COMPREENDER SEU PAPEL SOCIAL E A REALIDADE DO PACIENTE, SENDO QUE AS DISCIPLINAS DEVEM ESTIMULAR ISSO	46
5.3.1 Expressões-chave3	46
5.3.1.1 DSC3	47
5.4 IC4: O MÉDICO DEVE TER UMA ATITUDE ADEQUADA QUE DEVE SER DESENVOLVIDA DURANTE SUA FORMAÇÃO	48
5.4.1 Expressões-chave4A: relacionadas com as atitudes a serem estimuladas durante a formação	48
5.4.1.1 DSC4A	48
5.4.2 Expressões-chave4B: relacionadas ao papel das disciplinas no desenvolvimento dessas atitudes	49
5.4.2.1 DSC4B	49
5.5 IC5: O MODELO DEMONSTRADO PELO PROFESSOR INFLUENCIA O APRENDIZADO DO ALUNO	50
5.5.1 Expressões-chave5	50
5.5.1.1 DSC5	51
5.6 IC6: O CONHECIMENTO TEÓRICO É UMA COMPETÊNCIA IMPORTANTE PARA ENTENDIMENTO DOS PROCESSOS DO ADOECER	52
5.6.1 Expressões-chave6	52
5.6.1.1 DSC6	53
5.7 IC7: A BUSCA PELO CONHECIMENTO É UMA COMPETÊNCIA QUE É ESTIMULADA POR DETERMINADAS CARACTERÍSTICAS DO ALUNO	53
5.7.1 Expressões-chave7	53
5.7.1.1 DSC7	54
5.8 IC8: A ANAMNESE, O EXAME FÍSICO E A CONDUTA DEVEM PAUTAR-SE NUMA COMPREENSÃO NÃO SOMENTE DA DOENÇA, MAS TAMBÉM DO PACIENTE COMO UM TODO QUE DEVE SER ESTIMULADA PELAS DISCIPLINAS	54
5.8.1 Expressões-chave8A: relacionadas com questões biológicas	54
5.8.1.1 DSC8A	57

5.8.2 Expressões-chave8B: relacionadas com a compreensão do sujeito como um todo através da análise dos dados psicossociais do sujeito, seu ambiente e família	58
5.8.2.1 DSC8B.....	60
5.9 IC9: A ANAMNESE E O EXAME FÍSICO EXIGEM COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E PESSOAIS RELACIONADAS A OPERACIONALIZAÇÃO DESSA ATIVIDADE E A HABILIDADE DE COMUNICAR-SE	61
5.9.1 Expressões-chave9A: relacionadas a realização da anamnese e exame físico.....	61
5.9.1.1 DSC 9A.....	62
5.9.2 Expressões-chave9B: relacionadas a anamnese e a habilidade de comunicação	63
5.9.3 Expressões-chave9C: relacionadas às competências pessoais na anamnese e na habilidade de comunicação	64
5.9.3.1 DSC9C.....	66
5.10 IC10: O RACIOCÍNIO CLÍNICO QUALIFICA, CORRELACIONA AS QUEIXAS E POSSIBILITA O DIAGNÓSTICO E CONDUTAS ADEQUADOS, NUM APRIMORAMENTO CONSTANTE	67
5.10.1 Expressões-chave10	67
5.10.1.1 DSC10	68
5.11 IC11: O QUE O ALUNO ESPERA DA PROFISSÃO É DIFERENTE DO QUE ENCONTRA	69
5.11.1 Expressões-chave11	69
5.11.1.1 DSC11	69
5.12 IC12: A IMATURIDADE E O DESINTERESSE ESTÃO PRESENTES NOS ALUNOS DO CURSO.....	70
5.12.1 Expressões-chave12	70
5.12.1.1 DSC12	71
5.13 IC13: AS DISCIPLINAS UTILIZAM A EXPOSIÇÃO TEÓRICA; A BUSCA PELO CONHECIMENTO; O TRABALHO EM GRUPO E AS ATIVIDADES PRÁTICAS..	71
5.13.1 Expressões chave13A: relacionadas a exposição teórica	71
5.13.1.1 DSC13A.....	72

5.13.2 Expressões-chave13B: relacionadas a exposição busca pelo conhecimento e o raciocínio	72
5.13.2.1 DSC13B.....	73
5.13.3 Expressões-chave13C: relacionadas ao trabalho em grupo e estímulo à liderança.....	74
5.13.3.1 DSC13C.....	75
5.13.4 Expressões-chave13D: relacionadas a atividades práticas.....	75
5.13.4.1 DSC13D.....	77
5.13.5 Expressões-chave13E: relacionadas a atividade prática que deve acontecer após término das teoria	77
5.14 IC14: OS PROFESSORES PRECISAM SER MAIS BEM CAPACITADOS QUANTO AOS MÉTODOS DE ENSINO	78
5.14.1 Expressões-chave14	78
5.14.1.1 DSC14	79
5.15 IC15: O CURSO É FRAGMENTADO, COM ESCASSEZ DE ATIVIDADES PRÁTICAS.	79
5.15.1 Expressões-chave15	79
5.15.1.1 DSC15	81
5.16 IC16: A UNIVERSIDADE DEVE INVESTIR NO PROFESSOR	82
5.16.1 Expressões-chave16	82
5.14.1.1 DSC16.....	82
5.17 IC17: AS ATIVIDADES DEVEM TER UM NUMERO RESTRITO DE ALUNOS PARA QUE DESENVOLVA AS COMPETÊNCIAS, PRINCIPALMENTE, AS PESSOAIS..	82
5.17.1 Expressões-chave17	82
5.17.1.1 DSC17	83
5.18 IC18: A UNIVERSIDADE TAMBÉM DEVE ESTAR VOLTADA PARA A FORMAÇÃO PESSOAL	83
5.18.1 Expressões-chave18	83
5.18.1.1 DSC18	85
5.19 IC19: O CURSO DE MEDICINA PODE NÃO CONSEGUIR FORMAR O ALUNO DE MANEIRA ADEQUADA.....	86
5.19.1 Expressões-chave19A: relacionadas a formação insuficiente do modelo atual.....	86

5.19.1.1	DSC19A.....	86
5.19.2	Expressões-chave19B: relacionadas a necessidade de uma complementação do ensino	87
5.19.2.1	DSC19B.....	87
5.20	DISCURSOS MARGINAIS: A INFLUÊNCIA DO ESTADO NA GRADUAÇÃO	87
5.20.1	Discurso Marginal1	87
5.20.2	Discurso Marginal2.....	87
6	DISCUSSÃO	89
6.1	A CONCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA PARA O EGRESSO DO CURSO DE MEDICINA.....	89
6.2	O PAPEL SOCIAL, A ÉTICA E A ATITUDE.....	91
6.3	O CONHECIMENTO	97
6.4	A ANAMNESE E O EXAME FÍSICO	99
6.5	O RACIOCÍNIO CLÍNICO	102
6.6	DIFICULDADES APRESENTADAS PELOS ALUNOS	104
6.7	AS FERRAMENTAS UTILIZADAS PELAS DISCIPLINAS.....	106
6.8	A UNIVERSIDADE, O ESTADO E O CURSO DE MEDICINA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO.....	112
6.9	O PROJETO PARA UMA FERRAMENTA QUE AUXILIE O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS.....	119
7	CONCLUSÃO	122
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	124
9	ESTUDO FUTUROS	125
	REFERÊNCIAS.....	126
	APÊNDICE A–ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	134
	ANEXO A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFESSORES	135
	ANEXO B PARECER DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA	137

1 INTRODUÇÃO

Notavelmente criticada nos últimos 50 anos e em nosso cenário nacional com maior intensidade nos últimos 20, principalmente quanto aos métodos de ensino e aos conteúdos enfatizados, a educação médica tem vivido um processo de transformação. Processo evidenciado, sobretudo, pelas experiências inovadoras, reformas curriculares em diversas escolas médicas, bem como uma crescente produção acadêmica nessa área (NOGUEIRA, 2009).

O motivo para tantas mudanças está em garantir uma maior eficácia na formação e cultivar um egresso capaz de lidar com os problemas da sociedade brasileira. Para atingir este êxito deve-se estar atento: a velocidade da produção de conhecimento, a interdisciplinaridade, ao cuidado ampliado e ético à saúde, a constante revisão de valores e a influência dos meios de comunicação (SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Ao traçar um panorama histórico nota-se que existem marcos relevantes e que a evolução da educação médica, em diversos países, passou por três fases desde a década de 1950 até o momento atual, a saber:

- a) primeira fase, entre 1950 e 1970, de planificação por objetivo (gestão) (LAFUENTE, 2007). De acordo com Nogueira (2009) no Brasil em 1968 a reforma universitária oficializou a separação entre ciclo básico e profissional e centralizou o ensino no hospital;
- b) segunda fase, de 1970 a 1990, marcado pela busca da pertinência: um médico em concordância com as necessidades locais de saúde, quantitativamente e qualitativamente (LAFUENTE, 2007). Nesse período, no Brasil, surgia o Movimento Sanitário, “que se caracterizava por lutar contra a ditadura, contra a forma de atenção do complexo médico-industrial e a favor da necessidade de associar a saúde pública e a assistência médica em um só ministério.” (NOGUEIRA, 2009, p. 263);

terceira fase, a partir dos anos de 1990 até os dias atuais, que busca o impacto da educação médica sobre a saúde da população. Nessa fase a Faculdade de Medicina é parceira explícita do desenvolvimento sanitário (impacto sobre a saúde) (LAFUENTE, 2007). Em 1991, A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), constituída pela Associação Brasileira de Educação Médica, pelo

Conselho Federal de Medicina e por instituições relacionadas com a profissão médica, surge para avaliar a educação e estimular o aprimoramento do Sistema de Saúde (NOGUEIRA, 2009). Desde então surgiram movimentos de aproximação entre a Educação e a Saúde como o Promed (2001) que incentivava algumas mudanças no curso de Medicina. Atualmente o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) têm tido papel importante, pois além de promoverem uma integração da universidade com a comunidade e suas necessidades estimulam através do PET-Saúde a pesquisa nesse campo (HADDAD et al, 2012).

Levando em consideração esses três marcos e a forma com que a graduação em Medicina é vista pela sociedade, o mundo está à procura de novas formas curriculares (LAFUENTE, 2007). O currículo, dessa forma, deve acompanhar essas mudanças, não somente da educação médica, como também, dos serviços de saúde.

Em relação às mudanças e a educação médica no Brasil:

As propostas de mudanças no sistema de saúde, em especial no que concerne aos cuidados básicos com a saúde, não vêm sendo acompanhadas pelos currículos dos cursos de Medicina. A educação médica no Brasil não valorizava o alcance de objetivos coerentes com a realidade social, nem elaborava planejamentos eficazes nesse sentido (KOIFMAN, 2001, p. 50).

Muito embora uma década tenha sido passada após esta afirmação, ainda nota-se um descompasso entre os paradigmas de saúde e a incorporação desses pelas escolas médicas. Em uma avaliação de escolas médicas, realizada em 2009, Perim et al. (2009, p. 81) evidenciou que: “Ainda há um longo caminho a percorrer para que as escolas médicas avancem no conjunto dos eixos que compõem as DCN”.

Uma das estratégias propostas para modificação deste cenário acontece em 2001, quando o Ministério da Educação e Cultura (MEC) através do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Centro de Ensino Superior (CES) propõem ao curso de Medicina um currículo baseado em competências. Aliado a isso, visando à formação de um profissional com uma visão integral e contextualizada. Desse modo, as DCN

para o curso de Medicina propõem seis competências e habilidades gerais (comuns a todos os cursos da área da saúde) e 22 específicas para o egresso do curso. Coube às universidades e faculdades adequarem seus currículos a essas diretrizes.

Para frisar a importância do currículo na formação do indivíduo como estrutura que norteia a graduação, pode-se citar Silva (2008) que ao relacionar a palavra currículo à sua etimologia e associá-la com pista de corrida, salienta: “podemos dizer que no curso dessa “corrida”, que é o currículo, acabamos por nos tornar o que somos” (SILVA, 2008, p. 15). Desse modo entende-se o currículo para além de uma proposta normativa, mas associada a diversos aspectos formativos pelo qual o sujeito experimenta suas vivências, sem descartar a importância das orientações e referenciais.

Em relação ao cenário nacional Gomes (2009, p. 434) aponta que “no Brasil, as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina vêm acompanhando o contexto mundial de transformação de referenciais da educação e das políticas de saúde”, ressaltando a necessidade de adequação do curso.

Entre os pontos chave das atuais diretrizes tem-se o aprendizado por competências, a formação de um egresso com uma compreensão ampliada de saúde e uma visão social pertinente. Além da abordagem por competência, as Diretrizes Curriculares de 2001 valorizam, entre outros, um egresso com um perfil atrelado a um cuidado integral (uma ampla visão de saúde e doença e que considere o indivíduo não fragmentado, bem como seu contexto) e com um conhecimento da realidade em que atua.

Entre os objetivos da formação por competência Yanis (2008) destaca uma prática eficaz, capaz não somente de solucionar problemas, mas também melhorar os contextos sociais, através de uma gestão responsável e uso eficiente dos recursos. No entanto, não se pode esquecer, quando é falado de competências, da grande influência que o mercado de trabalho em um mundo globalizado exerce sobre a universidade (GONZALEZ AGUDELO, 2008). De fato, elementos de mercado, bem como do ensino-aprendizagem estarão fortemente associados ao conceito de competência.

De acordo com as possíveis mudanças desencadeadas pelas novas diretrizes Nogueira (2009, p. 264) aponta que:

Ao propor a formação de médicos competentes, éticos e comprometidos com as necessidades de saúde da população, as novas diretrizes curriculares, que atualmente constituem os princípios gerais para a formação médica, instigam uma interação ativa entre estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários.

Fica exposto que as novas diretrizes do ensino médico estimularam as mudanças nas escolas médicas, bem como a discussões sobre o tema. No entanto, diversos elementos devem ser aprofundados, como colocado por Lampert (2009, p. 33):

Uma grande parcela das escolas possuem projeto pedagógico condizente com a formação de um profissional generalista, humanizado, crítico e reflexivo, enfrentando o desafio de implementar ações correlatas; avançam na ocupação de novos cenários, além do hospital, para o ensino-aprendizado da prática no curso de graduação; e seu corpo docente é alvo de poucas políticas para o seu desenvolvimento, embora esteja neste a força motriz da mudança [...] É preciso uma avaliação crítica das estruturas administrativas das instituições formadoras, que devem estar preparadas para internalizar as transformações necessárias à formação médica e colocá-las em prática, num constante processo de reflexão-ação-reflexão que não deverá se processar de forma unilateral, mas coletivamente, partindo da premissa de que existe uma unidade de ações a ser alcançada pelos dois polos: estrutura administrativa e estrutura didático-pedagógica.

Assim sendo, deve-se permanentemente avaliar a maneira na qual essa mudança curricular tem-se efetivado na prática e de que forma os sujeitos dessa mudança (alunos, corpo docente, administração e sociedade) discutem, refletem e aplicam a reforma curricular.

Como salientado por Behrens (2010, p. 34) “a mudança da ação docente está conectada ao entendimento dos paradigmas da ciência que vêm caracterizando ao longo dos séculos todos os segmentos da sociedade”. Isso se torna mais relevante se levarmos em conta que muitos desses docentes receberam durante a sua formação um modelo tradicional de ensino. Nesse sentido, pode-se citar Libâneo que há mais de 20 anos salientava a importância do modelo vivenciado no processo de ensino-aprendizagem; ao se referir aos docentes aponta que: “baseiam suas práticas em prescrições pedagógicas que viraram senso comum, incorporadas quando de sua passagem pela escola ou transmitidas pelos colegas mais velhos” (LIBÂNEO 1986, p. 19). É preciso que este professor compreenda o mundo desta forma complexa para que o aluno garanta seu aprendizado (BEHRENS, 2010).

Desse modo, a função docente extrapola em muito o enfoque aos conteúdos aprendidos “o ensino universitário se encarrega de possibilitar que os saberes se

constituam em saberes por ensinar, saberes ensinados, saberes por aprender e saberes aprendidos, para transpor a barreira didática” (GONÇALEZ AGUDELO, 2008, p. 84). Além do que foi ensinado e aprendido os saberes que estão por vir certamente fazem parte do maior contingente de saberes, reforçando a importância de o docente estimular que o aluno se desenvolva com autonomia e senso crítico.

Após apontar para a importância do docente na “reorientação da educação médica”, Perim (2010, p. 72) reforça que:

Este docente precisa de apoio institucional para se desenvolver não apenas no que diz respeito ao conhecimento técnico-científico e ao processo de ensino-aprendizagem, mas, sobretudo, no que se refere à gestão do curso médico na própria academia e na interação com os serviços e a comunidade.

Sendo o docente fundamental como formador para que haja êxito na formação médica, a maneira com que realiza suas atividades terá grande influência no perfil do egresso do curso médico. E como foi apontado por Perim (2010), seu campo de trabalho vai além das atividades técnicas e está associado aos serviços de saúde, comunidade e aspectos gerenciais.

Beltrame (2006) afirma que mesmo com as mudanças curriculares, ainda se encontram discursos de docentes em polos opostos às diretrizes propostas pelo MEC. Elementos como falta do entendimento sobre a visão social do médico e a carência de embasamento teórico na área de Educação são fatores que, segundo a autora, dificultam a implementação do currículo.

Assim sendo, a participação dos docentes de maneira ativa na reforma curricular, bem como o conhecimento e aprofundamento sobre esse tema são de extrema importância para a efetivação do processo de implementação de um novo currículo.

No que se refere aos discentes, o estudo de Chehuen Neto et al. (2004,p. 90) aponta que:

[...] os alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora se mostram motivados e dispostos a colaborar com as medidas propostas pelas novas diretrizes curriculares; porém, sentem-se desinformados quanto ao processo de implementação, insatisfeitos quanto às medidas tomadas até agora e inseguros quanto aos resultados a serem obtidos.

Desse modo, observa-se que as informações oferecidas aos alunos não suprem suas necessidades. A partir de uma perspectiva de empoderamento de seu ensino é de grande importância que o aluno se sinta parte desse projeto e que o desenvolva em conjunto com a instituição e os docentes.

Destarte, tanto os discentes como os docentes carecem de informação e formação referentes às mudanças curriculares. Numa sociedade que vive um paradigma de constante aprimoramento e transformações, o conhecimento sobre o processo que está inserido é vital. Desse modo o conhecimento das competências que norteiam o currículo médico tem importância tanto para o docente e o discente como para a implementação das DCN.

Levando em consideração que:

- a) as diretrizes curriculares para o curso de Medicina são baseadas em competências;
- b) os professores tem um importante papel na maneira com que o currículo é efetivado no processo de ensino-aprendizagem;
- c) a instituição e o docente necessitam de instrumentos que auxiliem no processo de desenvolvimento das competências.

Emergem alguns questionamentos:

- a) Que competências são apontadas pelos docentes, através de seu discurso, como sendo importantes para serem desenvolvidas durante o curso de Medicina?
- b) Essas competências estão de acordo com as DCN?
- c) A partir do docente e seu discurso, que competências apontadas poderiam fazer parte de uma ferramenta que estimule o desenvolvimento das competências?

Este é um dos dois subprojetos do projeto de pesquisa: Proposta de uma ferramenta computacional para o apoio ao processo avaliativo das competências do aluno do curso de Medicina. O outro subprojeto realizado pela mestranda Camila Ament Giuliani dos Santos (Ferramenta computacional para o apoio ao processo de acompanhamento do desenvolvimento das competências do aluno do curso de Medicina) desenvolveu uma ferramenta computacional, além de analisar os Planos de Ensino das disciplinas do curso de Medicina. Dessa forma, as perguntas levantadas nesse projeto têm por finalidade compor a ferramenta computacional,

indicando quais as competências, devam ser desenvolvidas. Tudo isso, a partir do discurso do docente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o discurso do docente do Curso de Medicina de uma instituição particular/filantrópica de ensino, sobre as competências a serem desenvolvidas pelo aluno durante o curso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar quais as competências que o discente deverá desenvolver durante o curso de Medicina.

Correlacionar o discurso do docente com as competências presentes nas Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina.

Oferecer subsídio para a implementação de uma ferramenta computacional para o acompanhamento do desenvolvimento de competências pelo discente do curso de Medicina.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo se propõe a realizar um levantamento conceitual dos principais elementos da Dissertação. Descrevem-se as Diretrizes Nacionais para o Curso de Medicina e o termo competência. O intuito é de esclarecer sobre os referenciais teóricos utilizados, tendo em vista a diversidade de conceitos encontrados para os termos.

3.1 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina no Brasil surgem em 2001, em paralelo com importantes mudanças no cenário nacional no tocante ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à proposta mundial de reformulação do curso de Medicina.

No Brasil, a legislação quanto ao sistema nacional de saúde tem avanços relevantes para mudanças na prestação de serviços na área de saúde. A partir da Constituição Brasileira, de 1988, que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado e constitui um Sistema Único de Saúde (SUS), as leis complementares e as normas operacionais básicas que se seguiram têm garantido a evolução na estruturação deste sistema. Nesta conjuntura, são homologadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação (LAMPERT, 2009, p. 20).

Desse modo, as DCN foram homologadas em 2001, pelo Conselho Nacional de Educação após um longo processo de discussão e negociação, “tendo como eixo norteador o papel social do aparelho formador.” (NOGUEIRA, 2009, p. 263). Esse processo foi intensificado a partir de 1991, com a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), composta pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e nove instituições relacionadas à profissão médica. O projeto utilizou um roteiro proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e constou de três fases, sendo a última delas, em 1998, intitulada “Transformação do Ensino Médico no Brasil” com o objetivo principal de mobilizar mudanças para o real atendimento das necessidades de saúde da população (PERIM, 2010).

Outro importante motivador para as mudanças nas DCN foi o SUS, que a partir da reformulação assistencial, impulsiona o modelo educacional para que corresponda às demandas do sistema e necessidades da população. Conforme Nogueira (2009, p. 263):

Assim, tornou-se imprescindível adotar medidas voltadas à formação e à capacitação desse profissional por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendam aos interesses apontados por um novo modelo de atenção à saúde.

Destarte, associando as necessidades e os pilares do SUS à educação médica, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina propõem um egresso:

[...] com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p. 1).

Dessa forma, tanto as necessidades da população e do sistema de saúde como educacionais são contempladas no perfil do egresso. Destaca-se na DCN um amplo conceito de saúde (prevenção, promoção, recuperação, e reabilitação) aliado a diversas características pessoais e profissionais. Para isso a formação deve proporcionar ao estudante competências e habilidades gerais e específicas. As competências gerais se referem a: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Já as competências e habilidades específicas totalizam 22 itens, a saber (BRASIL, 2001, p. 1-3):

- I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus Clientes / pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- II - Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

- V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
- XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
- XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
- XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
- XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
- XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
- XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
- XXI - atuar em equipe multiprofissional; e
- XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Desse modo, salientam-se características crítico/reflexivas, éticas e de responsabilidade técnica, nas quais o profissional irá interagir com os profissionais de saúde, pacientes e comunidade. Para Perim (2010, p. 70):

As diretrizes apontam um novo caminho para a formação do médico, prevendo, entre outras questões: a integração de conteúdos e o desenvolvimento de competências e habilidades; a utilização de metodologias ativas de ensino, que levem o estudante a aprender a aprender e a compreender a necessidade da educação permanente; a integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade, aproximando o futuro médico da realidade social; a articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência; e, acima de tudo, a formação de profissionais com

autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, além da qualidade e da humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Sendo assim, as novas DCN devem proporcionar uma variedade de possibilidades, entre outras o desenvolvimento de competências e habilidades - elementos que estruturam as diretrizes curriculares para o curso médico. No entanto, as DCN não explicitam qual o conceito de competência utilizado, fazendo necessária uma discussão sobre esse tema que será exposto a seguir.

3.2 CONCEPÇÕES DE COMPETÊNCIA

Esse referencial teórico será abordado partindo de um aspecto geral da competência, após isso o seu enfoque no mercado de trabalho e por fim a competência no ensino médico e o conceito utilizado nessa dissertação.

3.2.1 Aspectos Gerais da Competência

As competências, no contexto da educação, compreendem um campo vasto e polêmico, desde a definição do tema e sua conceituação, passando por sua aplicabilidade técnica e política e por fim, chegando à dificuldade em padronizar sua avaliação. Aliado a isso, de acordo com Valente (2002), quando se busca compreender o significado das competências e habilidades no contexto educacional há uma escassez de produção teórica.

Segundo Fleury e Fleury (2001), a aprendizagem pode ser caracterizada como um processo neural complexo, que leva a construção de memórias; regulado, também, por emoções e afetos. Desse modo, a aprendizagem é compreendida como um “processo de mudança, provocado por estímulos diversos, mediado por emoções, que pode vir ou não a manifestar-se em mudança no comportamento” (FLEURY; FLEURY, p. 191), havendo dois modelos básicos: o behaviorista (comportamental) e o cognitivista. O primeiro é fundamentado no comportamento, já o segundo inclui a relevância de fatores mais subjetivos como crenças e percepções do indivíduo. Desse modo, tanto o comportamento quanto o repertório interno dos sujeitos estão presentes na aprendizagem e auxiliarão no desenvolvimento das competências.

Zabala (2010) afirma que para enfrentar uma situação de maneira eficaz deve-se analisá-la de forma complexa identificando os seus principais questionamentos, bem como os dados mais importantes e identificar o problema a ser resolvido mobilizando esquemas aprendidos para resolução desse problema. Esses esquemas de atuação são transferidos a partir de outros contextos, sabendo que toda nova situação mesmo que parecida é única.

Na aplicação em um determinado contexto, será necessária a mobilização dos componentes da competência, ou seja, das atitudes, dos procedimentos, dos fatos e dos conceitos, mas considerando que seu domínio ou conhecimento nunca podem estar separados um do outro, pois competência implica no uso destes componentes de forma inter-relacionada (ZABALA, 2010, p. 40).

Assim, a ação competente envolve a mobilização de conteúdos, atitudes e procedimentos que inter-relacionados e re-contextualizados solucionam determinada tarefa. Quanto à mobilização de conteúdos podemos citar, também, Perrenoud (apud GENTILI, 2000) que define competência como a faculdade de mobilizar recurso cognitivo para solucionar com pertinência e eficácia numa série de situações, sendo que um conceito destacado pelo autor (1999) é o de esquemas de mobilização de conhecimento.

A construção de competências, pois, é inseparável da formação de esquemas de mobilização dos conhecimentos com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma ação eficaz. Ora, os esquemas de mobilização de diversos recursos cognitivos em uma situação de ação complexa desenvolvem-se e estabilizam-se ao sabor da prática (PERRENOUD, 1999, p. 7).

Esses esquemas são estruturas padrão de respostas que podem estar aliados a teorias, mas são eminentemente práticos; de acordo com Perrenoud (1999) a mobilização dos esquemas de maneira complexa está associada à construção das competências, ou seja, “só há competência estabilizada quando a mobilização dos conhecimentos supera o tatear reflexivo ao alcance de cada um e aciona esquemas constituídos” (PERRENOUD, 1999, p. 23).

Nota-se, então, que “a competência consiste mais notadamente em detectar, pouco a pouco, analogias que não se mostram à primeira vista” (PERRENOUD 1999, p. 34).

Assim, tem-se uma definição de competências que leva em conta transformações internas, reflexões, constituição de esquemas próprios que superam o simples agir, mas o faz de modo individual a partir de seus próprios esquemas.

Além do contexto educacional, o termo competência está fortemente relacionado com o trabalho, desde a popularização desse conceito na década de 1970 até os dias atuais. Dessa forma abordaremos o aspecto profissional associado ao termo competência.

3.2.2 Competência e a profissão

No campo empresarial o termo competência surge no início da década de 1970, com um conceito ligado a realização de tarefas de maneira eficiente e passou em seguida a ser utilizada no campo educacional (ZABALA, 2010).

Dentro de uma visão de organização laboral, a competência é em si, uma forma mais abstrata de mensuração, mas pode-se defini-la como resultante de diferentes combinações de valor agregado entre recursos e capacitações, sendo potencialmente importante para o desenvolvimento de uma vantagem competitiva para a organização (DIAS, 2008).

Fleury e Fleury (2001) destacam duas definições para competência advindas de dicionários. Segundo os autores as descrições usadas no dicionário inglês *Webster* salientam dois pontos: conhecimento e tarefa. O dicionário *Aurélio*, da língua portuguesa, o termo está associado à capacidade legal para julgar o pleito e a resolução de qualquer assunto. Desse modo, ambos os conceitos relacionam o termo competência com o conhecimento ou capacidade e a realização de tarefas.

Gali (2006) também associa a competência, no âmbito profissional, com a capacidade de fazer alguma coisa ou de cumprir uma tarefa:

A capacidade profissional representa a capacidade de um profissional em utilizar seu bom senso, seus conhecimentos, habilidades e atitudes associadas à profissão, para solucionar os problemas complexos que se apresentam no campo de sua atividade profissional (GALI, 2006, p. 26).

A competência profissional, a partir dessa concepção, objetiva a realização de tarefas associadas a uma determinada atividade.

No campo profissional, Fleury e Fleury (2001) realizam um contraponto entre os modelos americano e francês. No modelo americano, há importância do

alinhamento das competências às necessidades estabelecidas por cargos ou posições; associado a um conjunto de capacidades humanas no qual coloca a fundamentação na inteligência e na personalidade.

O modelo francês estaria mais associado com o estabelecimento da “relação entre competências e os saberes – o saber agir – no referencial do diploma e emprego”. Quanto aos saberes, Zarifian (1999, apud FLEURY; FLEURY 2001), indica que “a competência é a inteligência prática para situações que se apoiam sobre conhecimentos adquiridos e os transforma com tanto mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações”. O autor destaca ainda que a competência não se reduz a um *know-how* específico e deve estar contextualizada. Essas concepções trazem às competências profissionais mais do que a realização de tarefas e abrangem a contextualização de conhecimentos adquiridos.

Diversas críticas são realizadas em relação à óptica do trabalho e seu determinismo em relação à formação profissional, como a de Albuquerque (2007), ao salientar que o modelo fordista não deve mais ditar a organização de trabalho para a demanda do mercado. Enquanto que o conceito recente de competência profissional está mais associado às habilidades a serem desenvolvidas pelo profissional do que a simples realização de uma tarefa específica em resposta às necessidades do mercado.

Dentro de uma prática pedagógica contemporânea percebe-se que as definições de competências estreitamente ligadas a capacidades laborais e produtivas são instrumentos mais organizacionais do que educacionais. Sendo que a preparação do discente no ensino superior para o mercado de trabalho é somente uma de suas metas. Essa preparação prática relacionada ao conceito de competências, segundo Zabala (2010) é uma importante reação frente a um paradigma educacional tradicional no qual o conhecimento era por si mesmo o objetivo do aprendizado. Segundo esse autor:

Uma revisão de programas oficiais de diferentes cursos universitários e das disciplinas – com o uso da palavra temário (disciplina) pode observar a tendência para organizar os programas por assuntos, quer dizer, por blocos de conhecimento – dos concursos para a maioria dos lugares da administração pública, permite-nos enxergar como eles estão organizados ao redor de conhecimentos, ou seja, ao redor do domínio do corpo teórico dos diferentes âmbitos profissionais (ZABALA, 2010, p. 18).

Dessa forma, a questão prática, dependendo da maneira que for conduzida, estimula que a aquisição do conhecimento esteja vinculada ao desenvolvimento de competências. Para esse desenvolvimento, Le Boterf (2006), destaca as dimensões das competências: os recursos a mobilizar, as práticas profissionais e seus resultados e a reflexividade. Dentre os recursos a mobilizar inclui-se não somente os pessoais, mas também aqueles relacionados com as redes e com os dispositivos com os quais o indivíduo interage. As práticas profissionais e seus resultados englobam uma série de ações nas quais há determinadas especificidades e o cumprimento dessas de acordo com certas exigências, sendo que a reflexividade envolve uma atuação crítica:

É sobre esta dimensão que o profissional pode desenvolver a sua capacidade de conduzir, ele próprio, as suas aprendizagens e de as transferir [...]. Este trabalho de reflexividade não leva à simples reprodução de como se agiu ou dos recursos utilizados, mas sim a uma reconstrução da realidade: consiste na construção de esquemas operatórios, de modelos cognitivos, de esquemas de ação que poderão dar lugar a generalizações e que contribuirão para a construção do profissionalismo da pessoa envolvida (LE BOTERF, 2006, p. 63).

Desse modo, mesmo a partir de um conceito laboral de competência a emancipação que o sujeito adquire com o empoderamento de suas práticas e a possibilidade de modificar e criticar o meio em que vive são elementos importantes das competências. Nesse sentido, Markert (2002, p. 206) conclui seu trabalho com a seguinte frase: “Entendemos, assim, um conceito crítico-emancipatório de competência através do seu “poder estruturante” para a “transformação” da realidade social”.

Assim sendo, mesmo o aprendizado baseado em competências tendo fortes tendências aos modelos de produção, a reflexão e o desenvolvimento do sujeito em detrimento à exclusiva realização de tarefas são elementos essenciais de emancipação.

Ao apresentar os conceitos de competência no âmbito geral e profissional torna-se importante destacar o papel desse termo no campo da Medicina.

3.2.3 Competência: sua aplicação na área médica e a concepção utilizada na presente dissertação

Ao analisar o conceito de competências a partir de entrevistas com estudiosos da avaliação educacional na Medicina, Aguiar e Ribeiro (2010) apontam que eles conceituam competência para além do fazer, incluindo o contexto, os sujeitos, a subjetividade e os valores. Em alguns relatos é possível observar que a competência é hierarquicamente mais abrangente do que a habilidade, e em outros este conceito aparece como um conjunto de habilidades. A partir disso, a competência extrapola o fazer que está implícito quando se refere às habilidades.

Epstein e Hundert (2002, p. 226) salientam que competência é “o uso habitual e criterioso de conhecimento, comunicação, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade em que atua”. Pode-se identificar que a competência profissional médica envolve diversos elementos além do conhecimento, estando presentes desde valores pessoais, as emoções e a comunicação, até aspectos mais técnicos como o raciocínio clínico e as habilidades técnicas.

Esse conceito trazido por Epstein e Hundert (2002) está intimamente associado às seis dimensões propostas por Santos (2011) ao estudar a organização curricular por competência: cognitiva, relacional, técnica, integrativa, afetiva e contextual. Demonstrando que para que haja estímulo ao desenvolvimento de competência essas dimensões devem fazer parte do currículo.

Quadro 1 - Dimensões de Santos e Conceito de Epstein e Hundert

Dimensão (Santos 2011)	Conceito (Epstein e Hundert, 2002)
cognitiva	conhecimento
relacional	comunicação
técnica	habilidades técnicas
integrativa	raciocínio clínico
afetiva	emoções, valores
contextual	reflexão

Fonte: autor adaptado de Santos (2011) e Epstein e Hundert (2002).

Fernandez et al. (2012) ao avaliar os conceitos de competências, a partir de artigos na área da saúde até 2011, observaram que na grande maioria das vezes a conceituação de competência vem acompanhada do termo “é composta de”. Sendo que há pelo menos dois componentes recorrentes nas definições, são eles: conhecimento e habilidade. Além desses componentes há uma diferenciação entre habilidade e atitude; a primeira é composta por raciocínio abstrato, memória e

processos cognitivos associados à resolução de problemas; já as atitudes são componentes que têm sua base em características pessoais como valores e julgamento. Os autores concluem há uma concordância em três princípios:

(i) a competência é uma integração e uma combinação de vários tipos de recursos internos e externos que podem ser implantados em ação, (ii) a competência está intimamente associada um conjunto específico de problemas ou situações, e (iii) a mobilização de competências, a fim de resolver um problema ou para executar uma tarefa dentro de uma situação específica é a prova definitiva de sua existência (FERNANDEZ et al., 2012, p. 363).

Essa integração de recursos internos e externos e sua mobilização para resolver problemas ou situações, também são pontuados por Huerta, Pérez e Castellano (2005) ao visualizar o termo competência profissional dois conceitos: o primeiro relacionado com os padrões determinados de ação inerentes a determinados postos de trabalho (competência laboral) e o outro mais amplo e humano, que leva em conta não somente o desempenho das tarefas, mas também os contextos, reconhecendo os valores e as atitudes como complementos da competência profissional. O primeiro está mais relacionado com ações específicas de determinada profissão e o outro com o conceito de competência propriamente dito. Esses autores sugerem o emprego do termo competências profissionais integrais, caracterizando um conceito mais amplo e adequado de competências profissionais médicas:

O modelo de competências profissionais integrais estabelece três níveis, as competências básicas, as genéricas e as específicas, cujo alcance vai desde aspectos amplos para os específicos. As competências básicas são essenciais para a aprendizagem intelectual de uma profissão em si, são as habilidades cognitivas, técnicas e metodologias, muitos dos quais são adquiridos nos níveis iniciais de educação (por exemplo, o uso adequado da linguagem oral escrita e matemática). As competências genéricas são a base comum de profissão ou se referem a situações práticas profissionais específicas que exigem respostas complexas. Por fim, as competências específicas são a base do exercício profissional e estão vinculadas a habilidades específicas (HUERTA; PEREZ; CASTELLANOS, 2000, p. 4).

Essa concepção de competência profissional aponta para uma ideia de que sua construção se estabelece desde a infância. E a partir disso, níveis de competência são desenvolvidos até a especificidade da profissão médica.

Do mesmo modo, Lafuente (2007) descreve que a competência médica é a combinação entre conhecimento, habilidades e atitudes condizentes a um

desempenho adequado e oportuno para o desempenho de uma tarefa específica da área da saúde, ou seja, o saber fazer sobre algo. Para poder afirmar que alguém é competente não basta saber que faz algo, é muito mais importante a maneira e a atitude com que atua. O saber que é, saber fazê-lo, saber comunicá-lo e saber como fazer para fazê-lo estão associados a alguma competência. O autor utiliza os conceitos de Huerta, Pérez e Castellanos (2000) e divide as competências em (LAFUENTE, 2007):

- a) **competências básicas**: são as competências com que cada um constrói sua aprendizagem. Faz referencia principalmente na capacidade de aprender a aprender (são exemplos: comunicação verbal, a leitura e escrita, o trabalho em equipe, a resolução de problemas, o domínio de línguas estrangeiras). Estas competências requerem de habilidades básicas como a capacidade para expressão oral e escrita, capacidade de ter critérios e de tomar decisões entre outras;
- b) **competências pessoais**: são aquelas que permitem realizar com êxito diferentes funções da vida como atuar responsavelmente, mostrar desejo de superação e aceitar as mudanças, segurança em si, capacidade de dominar os sentimentos e as tensões profissionais, curiosidade, argumentação crítica e capacidade analítica;
- c) **competências profissionais**: garantem o cumprimento das tarefas e responsabilidades do exercício profissional. A capacidade da pessoa em desenvolver produtivamente em uma situação de trabalho não dependente somente das situações de aprendizagem acadêmica formal, mas também de forma relevante a aprendizado derivado de experiências em situações concretas de trabalho.

A competência é compreendida como atributos associados ao próprio aprendizado (competências básicas), à capacidade frente situações inespecíficas (competências pessoais) e às competências profissionais. Desse modo, extrapola o agir, Palés-Argullós et al. (2010), ressaltam que não se deve confundir o que é observado com as competências que foram necessárias para a realizar aquela ação.

As competências são o que permitem o bom desempenho e são expressas através deles, mas apenas os atributos necessários que os tornam possíveis, e há elementos no ambiente que podem afetar o desempenho significativamente. Por outro lado, não deve ser confundida com os

comportamentos observáveis, as competências que lhes permitem (PALÉS-ARGULLÓS, et al., 2010, p. 128).

Conforme o exposto, o conceito de competência utilizado nesta dissertação relaciona-se aos esquemas ou recursos do sujeito (PERRENOUD, 1999; LE BOTERF, 2006; FERNANDEZ et al., 2012) para a resolução de problemas, levando em consideração o contexto e a reflexão, podendo ser subdividido em competências básicas, pessoais e profissionais e evidenciado a partir de habilidades e atitudes (LAFUENTE, 2007).

Aliado a esse conceito, entende-se a prática médica considerando as dimensões do conhecimento (dimensão cognitiva), da técnica (habilidades técnicas), das relações interpessoais (comunicação), da afetividade (valores e emoções), integrativa (raciocínio clínico) e contextual (reflexão) (EPSTEIN; HUNDERT, 2002 e SANTOS, 2012).

Definido o conceito utilizado de competência, o subcapítulo a seguir apresentará a metodologia utilizada.

4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS

A presente dissertação é um subprojeto da pesquisa “Proposta de uma ferramenta computacional para o apoio ao processo avaliativo das competências do aluno do curso de Medicina”.

Este subprojeto foi desenvolvido com abordagem qualitativa, realizada em uma Universidade particular de Curitiba/PR.

4.1 MÉTODO DE COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de campo. Uma vez que um dos objetivos principais é conhecer quais as competências que os professores julgam importantes para o egresso do curso de Medicina, a pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, pois de acordo com Minayo (2012, p. 626):

O percurso analítico e sistemático, portanto, tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade.

Sendo assim, a utilização de um método qualitativo permite um conhecimento amplo sobre o objeto da pesquisa, ao relevar tanto aspectos objetivos como subjetivos ao mesmo tempo em que permite uma clarificação do mesmo.

4.1.1 O universo da amostra e seleção dos sujeitos

O universo da amostra foram 18 professores do curso de Medicina, selecionados a partir de um total de 214 docentes do curso. Desses 18, seis foram indicados pela Coordenação do Curso de Medicina e 12 conforme descrito a seguir. A seleção levou em consideração que os indivíduos escolhidos devem produzir discursos ricos e interessantes, a partir de amostras intencionais e com critérios qualitativos de seleção (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000). Os critérios aplicados ao universo de docentes foram:

- a) a amostra precisa conter um docente representante de cada um dos 12 períodos (semestres) do curso;
- b) ter pelo menos um docente de uma das seguintes áreas da medicina:

Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Comunitária;

- c) contenha docentes envolvidos em atividades tanto teóricas quanto práticas;
- d) a carga horária semanal do docente deve ser superior a seis horas/aula;
- e) o docente deve ter concluído a graduação há mais de cinco anos;
- f) o docente deve ter tempo de experiência docente ou preceptoria superior a três anos;

Após a aplicação desse critério para selecionar o representante de cada período optou-se por aquele que tinha maior carga horária na Instituição, bem como participado da transição curricular, a partir das DCN de 2001.

Dessa forma foram 12 docentes selecionados por esses critérios adicionados a seis docentes apontados pela coordenação do Curso de Medicina pelo bom desempenho acadêmico, valorizando principalmente a relação com os alunos e o impacto na sua formação.

A coleta de dados foi realizada após o convite, através de endereço eletrônico (*e-mail*) e quando não havia resposta, contato telefônico. Os docentes selecionados foram entrevistados individualmente, num horário e local determinado pelo entrevistado. Aos participantes foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) e as gravações ficarão de posse dos pesquisadores e serão inutilizadas após a apresentação dos resultados à banca de dissertação de mestrado.

Aplicou-se uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) que seguiu o curso dos seus questionamentos, no entanto, quando algum ponto necessitava ser mais bem esclarecido, outras questões eram formuladas. A entrevista foi aplicada em um sujeito teste para a validação do instrumento e possíveis correções. A entrevista foi avaliada como inteligível, as respostas foram condizentes com o objetivo e o entrevistado avaliou-a como compreensível e sentiu-se à vontade para realizar as respostas. A única modificação foi a inclusão da pergunta: “Gostaria de realizar mais algum comentário?”. Seguiu-se a aplicação nos sujeitos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. Após a leitura e releitura de todas as entrevistas, os dados foram organizados e analisados utilizando como ferramenta metodológica o Discurso do Sujeito Coletivo.

4.1.2 Instrumento Metodológico

Dentre os instrumentos qualitativos disponíveis foi selecionado o Discurso do Sujeito Coletivo, que segundo Lefèvre e Lefèvre (2006, p. 517): “tem demonstrado sua eficácia para o processamento e expressão das opiniões coletivas”. A importância desse método é que permite conhecer os conceitos que permeiam aquele grupo e a partir disso, remetem a uma identidade social, na qual o grupo está inserido, como se aquele discurso estivesse circulando naquele grupo social a partir de diferentes sujeitos (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000). Para Marques et al. (2009, p. 1194) os discursos:

[...] buscam produzir no leitor um efeito de “coletividade falando”; além disso, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica nas representações sociais, fazendo com que uma ideia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo “encorpado”, desenvolvido, enriquecido, desdobrado.

O Discurso do Sujeito Coletivo, a partir de diversos discursos, elabora um discurso único que visa traduzir a fala daquele grupo. Para isso, o método organiza os discursos a partir das seguintes figuras metodológicas: Expressões chaves (ECH), Ideia Central (IC), Categoria, Ancoragem (AC) e por fim, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Utilizou-se o termo Discurso Marginal ou Ideia Marginal para representar uma ideia que fez parte, exclusivamente, do discurso de um entrevistado. No entanto, foram consideradas por serem relevantes e poderem fazer parte da coletividade.

Para melhor identificação de termos, nessa dissertação, quando a palavra “discurso” estiver escrito com inicial em letra minúscula (discurso) refere-se ao discurso individual, ou expressa o significado dessa palavra de um modo geral; no entanto quando escrita com inicial em letra maiúscula (Discurso) refere-se ao Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

4.1.2.1 Expressões chave

Após a coleta da entrevista e sua transcrição literal, realiza-se a seleção das expressões chaves. Essas expressões são selecionadas a partir do discurso “e são trechos mais significativos destas respostas.” (LEFÈVRE, CRESTANA E CORNETTA, 2003, p. 70).

Para Duarte, Mamede e Andrade (2009, p. 624):

As expressões-chave são pedaços ou trechos de material (discurso) que formam descrições literais dos depoimentos, revelando a essência do conteúdo das representações ou das teorias subjacentes a estas. As expressões são parte essencial da análise e constituem os recortes do discurso (entrevistas, questionários, jornais etc.).

Assim sendo, é o primeiro passo para a elaboração do DSC, de forma que, em cada discurso dos participantes foram selecionadas ECH que eram os fragmentos mais representativos daquelas respostas.

4.1.2.2 Ideia Central

São elaboradas por quem está realizando a análise do Discurso e devem sintetizar o conteúdo das expressões chave: "... são fórmulas sintéticas, que nomeiam os sentidos de cada depoimento e de cada categoria de depoimento." (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006, p. 520).

Para Duarte, Mamede e Andrade (2009, p. 624): "As ideias centrais são elaboradas pelo pesquisador diante do discurso do entrevistado utilizando a fala que as indicam 'fortemente'". Desse modo, a Ideia Central é a síntese do discurso e contem as expressões chave a ele relacionado.

4.1.2.3 Ancoragem

A ancoragem é o que fornece sustentação a uma afirmação; seria uma fundamentação teórica, ideológica, religiosa, crença, entre outros. "A ancoragem deve ser sempre uma afirmação redigida positivamente. Os valores estão embutidos na fala, na crença. Trata-se do valor forte que está no grupo." (DUARTE; MAMEDE e ANDRADE, 2009, p. 624). Para Cubas (2002) um discurso é considerado ancorado quando encontra um alicerce de pressupostos, teorias, conceitos e hipóteses, reafirmando que é a teoria que sustenta a prática.

4.1.2.4 Categoria

As Ideias Centrais que tiverem semelhança podem ser agrupadas em Categorias (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2006). Essa ferramenta metodológica é estruturada a partir de ICs semelhantes.

4.1.2.5 Discursos do Sujeito Coletivo:

São discursos construídos a partir das Expressões chave que estarão organizados em Ideias Centrais. De forma que:

Com o material das Expressões Chave das Ideias Centrais constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual (LEFÈVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003, p. 70).

Dessa forma, as expressões chave devem ser agrupadas de modo coerente, para que não se perca a ideia inerente ao que foi dito. Cubas (2002, p. 65) aponta que:

Pode ser apresentado de duas formas com finalidade didática: - discurso global (uno): sobre um determinado tema há apenas um único discurso presente na cultura. - discurso didaticamente separado: por ser complexo ou diverso (por isso deve ser contrastado); ou conflitante (antagônicos).

O objetivo final é que o discurso “fale” pela coletividade. Lefèvre e Lefèvre (2006, p. 519) reforçam que:

Um sujeito coletivo, no DSC, vem se constituindo numa tentativa de reconstituir um sujeito coletivo que, enquanto pessoa coletiva, esteja, ao mesmo tempo, falando como se fosse indivíduo, isto é, como um sujeito de discurso “natural”, mas veiculando uma representação com conteúdo ampliado

No caso de ideias centrais complementares pode-se construir um DSC que seja representativo daquele grupo entrevistado. No caso de ideias centrais divergentes podem ser construídos mais de um DSC.

4.1.2.6 Apresentação dos Resultados e Discussão

A partir das ferramentas metodológicas apresentadas o Resultado foi organizado tendo como referência principal as Ideias Centrais, cada Ideia Central será apresentada em conjunto com as Expressões-chave e respectivos DSCs. Para a discussão dos resultados as IC foram agrupadas em Categorias, possibilitando que temas semelhantes fossem abordados em conjunto.

4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi encaminhada para o CEP da PUCPR e através do parecer numero: 0004944/11, sob o título: Proposta de uma ferramenta computacional para o apoio ao processo avaliativo das competências do aluno do curso de medicina e foi aprovado em 11 de maio de 2011 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

As entrevistas tiveram uma duração entre 12 e 48 minutos (média de 25,2 e uma mediana de 23,3 minutos) o local de escolha pelos docentes foram a universidade (11), residência (4) e o consultório, hospital ou outro ambiente de trabalho (3). Em geral, os entrevistados pareciam à vontade, disponíveis para responder às perguntas e interessados pelo tema do trabalho. Após a entrevista e sua transcrição foi realizada a leitura, a releitura e a aplicação do método (Discurso do Sujeito Coletivo) que geraram 19 Ideias Centrais, 29 Discursos do Sujeito Coletivo e dois Discursos Marginais.

Quadro 2 - Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo

IDEIAS CENTRAIS	DSC
IC1: A competência associa elementos profissionais com pessoais.	DSC 1:
IC2: Os elementos mais importantes da competência podem ser pessoais ou profissionais	DSC2A; DSC2B:
IC3: O médico deve ser ético, compreender seu papel social e a realidade do paciente, sendo que as disciplinas devem estimular isso.	DSC3
IC4: O médico deve ter uma atitude adequada que deve ser desenvolvida durante sua formação.	DSC4A; DSC4B
IC5: O modelo demonstrado pelo professor influencia o aprendizado do aluno.	DSC5
IC6: O conhecimento teórico é uma competência importante para entendimento dos processos do adoecer.	DSC6
IC7: A busca pelo conhecimento é uma competência que é estimulada por determinadas características do aluno.	DSC7
IC8: A anamnese, o exame físico e a conduta devem pautar-se numa compreensão não somente da doença, mas também do paciente como um todo que deve ser estimulada pelas disciplinas.	DSC8A; DSC8B
IC9: A anamnese e o exame físico exigem competências profissionais e pessoais relacionadas a operacionalização dessa atividade e a habilidade de comunicar-se.	DSC 9A; DSC9B; DSC9C:
IC10: O raciocínio clínico qualifica, correlaciona as queixas e possibilita o diagnóstico e condutas adequados, num aprimoramento constante.	DSC10
IC11: O que o aluno espera da profissão é diferente do que encontra.	DSC11:
IC12: A imaturidade e o desinteresse estão presentes nos alunos do curso.	DSC12:
IC13: As disciplinas utilizam a exposição teórica; a busca pelo conhecimento; o trabalho em grupo e as atividades práticas.	DSC13A; DSC13B; DSC13C; DSC13D; DSC13E
IC14: Os professores precisam ser mais bem capacitados quanto aos métodos de ensino.	DSC14
IC15: O curso é fragmentado, com escassez de atividades práticas.	DSC15
IC16: A Universidade deve investir no professor .	DSC16
IC17: As atividades devem ter um numero restrito de alunos para que desenvolva as competências, principalmente, as pessoais.	DSC17
IC18: A universidade também deve estar voltada para a formação pessoal.	DSC18
IC19: O curso de Medicina pode não conseguir formar o aluno de maneira adequada.	DSC19A; DSC19B
Discursos Marginais: A influência do Estado na graduação.	1 e 2
TOTAL: 19 IDEIAS CENTRAIS, 29 DSC E 2 DISCURSOS MARGINAIS	

Fonte: o autor, 2012

5.1 IC1: A COMPETÊNCIA ASSOCIA ELEMENTOS PROFISSIONAIS COM PESSOAS

5.1.1 Expressões-chave¹

“Então tem esse tripé que é a habilidade de comunicação, o raciocínio clínico e a questão do conhecimento teórico de base.”

“E claro o conhecimento técnico, o conhecimento técnico aliado a relação pessoal.”

“Eu falei a competência científica, uma competência de comunicação, competência do conhecimento da ética.”

“Aí nós colocamos as competências técnicas, as habilidades, o conhecimento, a questão pessoal, a empatia.”

“[...] e a destreza também no examinar o paciente.”

“O meu entendimento de competência, talvez valesse a pena destacar até a para você se basear, quase que friamente é a teoria do CHA: conhecimento, habilidade e atitude.”

“O diagnóstico, a investigação propedêutica, e daí o tratamento, são as três fases.”

“Acho que tem que ter basicamente conhecimento técnico, teórico, experiência e na anamnese tem que ter atenção.”

“Saber atuar e saber atender o seu cliente.”

5.1.1.1 DSC 1

Então tem esse tripé que é a competência/habilidade de comunicação, o raciocínio clínico e o conhecimento científico e teórico de base; aliados a competência do conhecimento da ética. Aí nós colocamos as competências técnicas, as habilidades, a destreza no examinar, o conhecimento, a experiência e a questão pessoal. Desse modo, destacamos o conhecimento, as habilidade e as atitudes. Para que o aluno consiga realizar o diagnóstico, a investigação propedêutica, e daí o tratamento. Em suma saber atuar e saber atender o seu cliente, no entanto sem nunca deixar de duvidar de si mesmo.

5.2 IC2: OS ELEMENTOS MAIS IMPORTANTES DA COMPETÊNCIA PODEM SER PESSOAIS OU PROFISSIONAIS

5.2.1 Expressões-chave2A: relacionadas às competências pessoais

“Então, saber escutar é uma competência fundamental que se sobrepõe a qualquer outro, saber ouvir.”

“Acho que o mais importante é o comprometimento do médico com o paciente. O comprometimento que eu digo é utilizar todos os elementos ao seu alcance para resolver o problema do doente. Com presteza, dedicação e intensidade.”

“Eu acho que o aluno não pode sair sem respeitar o doente, pois se ele respeitar ele vai usar o bom senso dele e se não tiver o conhecimento, vai buscar. Então acho que ética, bom senso e o respeito são mais importantes, é a primeira, a pessoal.”

“Mas se fosse escolher uma, eu diria para você que o aluno que não tem um comportamento ético não tem como sair da faculdade.”

“Maturidade, eu acho que a maturidade é superior ao conhecimento.”

“[...] se não tem esse tipo de competência humanizada, pode ser o melhor na parte técnica, mas se a gente não treina isso nos alunos você não vai ter um bom profissional.”

5.2.1.1 DSC2A

Eu acho que o aluno não pode sair sem respeitar o doente, pois se respeitar vai usar o bom senso dele e se não tiver o conhecimento, vai buscar, com presteza, dedicação e intensidade, ou seja, o comprometimento para utilizar todos os elementos ao seu alcance para resolver o problema do doente. Além disso, temos o comportamento ético (sem o qual não pode sair da faculdade); o bom senso; o respeito, a maturidade e o saber escutar. Se não tem esse tipo de competência humanizada, pode ser o melhor na parte técnica, mas se a gente não treinar isso nos alunos você não vai ter um bom profissional.

5.2.2 Expressões-chave2B: relacionadas às competências profissionais

“E acho que a mais importante, tirando o conhecimento técnico, seria a ética.”

“Pode ser um médico terrível, ninguém goste, que seja muito duro ou muito ríspido, péssimo psicologicamente falando, mas, ele consegue tratar com o máximo que ele conseguir de possibilidades. Então, para isso é importante ter conhecimento técnico.”

“A gente sabe que só isso não forma um bom profissional, mas como número 1, ele tem que ser um médico capaz de enxergar o paciente como um todo e solucionar o problema que ele tem.”

“O mais essencial de tudo é o conhecimento médico. Essas são as competências básicas médicas. Tem que ter noção de clínica médica.”

“E aí tem uma confusão, a impressão que dá é que isso é o menos importante e eu olho o paciente como um todo, mas não olho a parte médica.”

“Você manda para casa e em dois dias ele infarta, quer dizer, o aluno de Medicina tem que ter o mínimo de bom senso. E ele só vai ter bom senso se souber dos riscos de um paciente com mínima de 120.”

5.2.2.1 DSC2B

O mais essencial de tudo é o conhecimento médico. E aí tem uma confusão, a impressão que dá é que isso é o menos importante e eu olho o paciente como um todo, mas não olho a parte médica. Essas são as competências básicas médicas. Tem que ter noção de clínica médica. Pode ser um médico terrível; que ninguém goste; que seja muito duro ou muito ríspido, péssimo psicologicamente falando, mas é importante ter o conhecimento técnico para conseguir tratar com o máximo de possibilidades.

A gente sabe que só isso não forma um bom profissional, mas como número 1, ele tem que ser um médico capaz de enxergar o paciente como um todo e solucionar o problema que ele tem, por exemplo, você não pode mandar para casa e ele infartar, tem que ter o mínimo de bom senso, que só vai ter se souber dos riscos de um paciente com mínima de 120. Depois disso o mais importante seria a ética.

5.3 IC3: O MÉDICO DEVE SER ÉTICO, COMPREENDER SEU PAPEL SOCIAL E A REALIDADE DO PACIENTE, SENDO QUE AS DISCIPLINAS DEVEM ESTIMULAR ISSO

5.3.1 Expressões-chave3

“Se você não fizer uma avaliação completa você está incorrendo em deslizes éticos.”

“Eles entram movidos pelo sonho de poder fazer diferença na vida dos outros. Poxa, tocar a vida de outra pessoa de forma definitiva. Então, essa consciência da importância social num sentido mais amplo. Mais que social, sociológica do profissional, do atendimento médico.”

“E de atitude que é essa postura, ele com o paciente, essa firmeza, essa consciência dele do seu papel.”

“Entender esse lado mais humano, eu acho que tem a ver com a pessoa, buscar o aspecto financeiro, buscando o que tiver maior rendimento, mas o que estou pensando é nessa relação.”

“Eu acho que questões básicas de educação e ética de contato com paciente. Acho que educação, ética e o respeito com o paciente. Respeito a conduta médica que ele aprendeu na escola dele, dentro de um ambulatório, pois existe um código de conduta.”

“O caráter que pode ser modelado no exercício profissional.”

“Entender um pouco da estrutura da sociedade, como ela funciona, o que as pessoas esperam dessa relação.”

“Eu acho que seria importante ter alguma coisa sobre isso, entender a responsabilidade de lidar com a vida.”

“E talvez algo que você fale vá fazer a família ponderar coisas futuras. Eu acho que precisa entender um pouco mais o que é essa responsabilidade e como é tudo isso.”

“Não ver aquilo com caráter mercantilista, mas sim com caráter humanitário.”

“Acho que tem uma competência que se chama bom senso, sensatez.”

“[...] uma questão do comportamento frente ao paciente, em relação à família, o jeito que vai lidar eticamente, o comportamento, se for uma médica em relação ao paciente homem, no jeito de examinar, o contrário também.”

“E aqui a gente coloca algumas situações éticas nos casos para eles discutirem.” “Acho que a primeira coisa que tinham que aprender seria o código de ética médica”.

“Eu acho importante eles conhecerem o código, como que deve ser a conduta, o que prevê nosso conselho federal para nossa conduta ética.”

“Eu acho que a gente tem que fazer esses meninos pensarem que existe uma norma e essa norma tem que ser cumprida.”

“Por exemplo, a competência para lidar com situações éticas. Quando um paciente morre, quando um paciente vai mal, quando uma família entra em conflito com o médico, quando há um suicídio [...]”

“Às vezes a gente tenta trabalhar isso no estagio com os alunos. Essa relação, como é que recebe, como atende um abuso. Como lida, por exemplo, com situações que eles tem preconceito?”

5.3.1.1 DSC3

A primeira coisa a aprender seria o código de ética médica, como deve ser a conduta e o que prevê o Conselho Federal quanto à conduta ética. A gente tem que fazer esses meninos pensarem que existe uma norma e essa norma tem que ser cumprida. Seria uma competência para lidar com situações éticas; se for uma médica em relação ao paciente homem, no jeito de examinar, o contrário também; quando um paciente morre; quando um vai mal; quando uma família entra em conflito com o médico; quando há um suicídio; como é que recebe um paciente e atende um abuso. Essa relação, uma questão do comportamento frente ao paciente, em relação à família, o jeito que vai lidar eticamente, ou seja, o seu comportamento. Como lidar, por exemplo, com situações que eles têm preconceito? Às vezes a gente tenta trabalhar isso no estagio e colocando algumas situações éticas nos casos para eles discutirem. Ou seja, além da ética, uma competência que envolva bom senso, sensatez, educação, respeito e o caráter que pode ser modelado no exercício profissional.

Outro item é a consciência da importância social num sentido mais amplo, entender um pouco da estrutura da sociedade, como ela funciona, o que as pessoas esperam dessa relação. Desde o atendimento médico, no qual se não houver uma avaliação completa podemos considerar um deslize ético, até uma consciência

sociológica do médico e do seu papel. Seria importante entender a responsabilidade de lidar com a vida, pois talvez algo que você fale vá fazer a família ponderar coisas futuras. Entender esse lado mais humano, o caráter que pode ser modelado no exercício profissional e não ver aquilo com caráter mercantilista, mas sim com caráter humanitário, sendo que eles entram movidos pelo sonho de poder fazer diferença na vida dos outros.

5.4 IC4: O MÉDICO DEVE TER UMA ATITUDE ADEQUADA QUE DEVE SER DESENVOLVIDA DURANTE SUA FORMAÇÃO

5.4.1 Expressões-chave4A: relacionadas com as atitudes a serem estimuladas durante a formação

“[...] que se apresente decentemente vestido e asseado para o paciente.”

“Acho que isso deveria ter uma cobrança, uma norma, vamos colocar entre aspas um “uniforme”. Um mínimo de apresentação decente.”

“[...] a gente tem notado falta que é a competência profissional, assim, a questão de você se apresentar para o que tem que fazer, fazer a coisa na hora certa, da forma certa, com a vestimenta certa. A sua apresentação e postura profissional.”

“Vestir uma postura de aluno no final do curso de Medicina que vai daqui a pouco ter um CRM.”

“E como se portar, ter postura profissional sem ser pedante, sem utilizar linguagem que os outros não entendam. Acho que são coisas tão importantes na Medicina quanto conhecimento científico, ou talvez até mais. “

“Então, até a própria apresentação do profissional você tem que levar em conta. Tudo o que possa melhorar o vínculo ou fazer esse vínculo de você com esse paciente. E que ele confie em você.”

5.4.1.1 DSC4A

A gente tem notado falta da competência profissional em relação a se apresentar para o que tem que fazer, fazer a coisa na hora certa, da forma certa, com a vestimenta certa. A apresentação e postura profissional que influenciam no vínculo e na confiança. Acho que isso deveria ter uma cobrança, uma norma, vamos

colocar entre aspas um “uniforme”. Um mínimo de apresentação descente, que se apresente decentemente vestido e asseado para o paciente. Além disso, vestir uma postura de aluno no final do curso de Medicina que vai daqui a pouco ter um CRM e ter postura profissional sem ser pedante, sem utilizar linguagem que os outros não entendam. Acho que são coisas tão importantes na Medicina quanto conhecimento científico, ou talvez até mais.

5.4.2 Expressões-chave4B: relacionadas ao papel das disciplinas no desenvolvimento dessas atitudes

“Também contribui de forma indireta, no sentido da própria palavra, disciplina. Eles também te que ter disciplina na apresentação do caso, no horário, no seu comportamento e conduta.”

“Porque se ele mostra educação dentro da sala de aula e respeito, ele vai fazer com o paciente. Acho que ética é uma coisa universal você aprende respeito na sua casa, dentro da sala de aula e com o paciente.”

“O mínimo é exigir numa aula teórica, mais para frente exigir com o paciente, numa aula prática e o aluno vai se acostumando a ter uma postura médica.”

“Acho que tem que ser rígido sem austeridade. Você cobra as coisas, mas mostrando a necessidade da presença do aluno dentro da sala.”

“Porque ele nunca chamou ninguém de professor, de senhor, talvez não seja o hábito na casa dele. E quando ele passar a ser professor, médico, douto, ele vai continuar sendo chamado de cara e vai tratar as pessoas como ‘cara’”.

5.4.2.1 DSC4B

O mínimo é exigir uma postura médica, numa aula teórica e mais para frente com o paciente, pois ele vai se acostumando a tê-la. Porque ele nunca chamou ninguém de professor, de senhor, talvez não seja o hábito na casa dele. E quando ele passar a ser professor, médico, doutor, ele vai tratar as pessoas como “cara”. A disciplina também contribui de forma indireta, no sentido da própria palavra, disciplina. Eles também têm que ter disciplina na apresentação do caso, no horário, no seu comportamento e conduta. Porque se ele mostra educação dentro da sala de aula e respeito, ele vai fazer com o paciente. Acho que ética é uma coisa universal você aprende respeito na sua casa, dentro da sala de aula e com o paciente. Você

cobrar as coisas, mas mostrando a necessidade da presença do aluno dentro da sala. Acho que tem que ser rígido sem austeridade.

5.5 IC5: O MODELO DEMONSTRADO PELO PROFESSOR INFLUENCIA O APRENDIZADO DO ALUNO.

5.5.1 Expressões-chave5

“[...] a gente sempre tenta mostrar a experiência da gente.”

“Primeiro o exemplo. Como o filho não é o modelo do pai? No curso de Medicina não é diferente.”

“Eu acho que através do modelo, da experiência.”

“Então ele veem carinho, muitas vezes aquela brincadeira[...]. Mas eles veem que cada um de nós tem uma forma de atendimento.”

“Eu tenho que dar esse exemplo, eu não posso ser do tipo, ‘faça o que eu digo mas não faça o que eu faço’”.

”Não pode impor as coisas sem dar o exemplo de como deve ser feito.”

“Então, o aluno busca você como exemplo, como exemplo de professor, ele não busca você só na competência técnica. Então, sua postura no início, nos compromissos, ter um horário, seu programa deve ser seguido, seu e do aluno, a postura que você tem perante o aluno.”

“Eu acho que na aula prática, primeiro é a tua postura, o aluno vai olhar o que você está fazendo. Se você está de avental, se não senta na cama, se passa um álcool glicerinado.”

“Mas eu busco, não só na aula prática, mas você sempre estar professor. A tua postura, quando vai na cantina, você encontra um aluno na rua, bêbado, vai ficar desagradável.”

“E a simples experiência da pessoa não leva a fazer melhor, pois pode estar repetindo o erro durante 40 anos de vida profissional.”

“Não sei se esta sendo muito eficiente porque a gente trabalha, tem material para eles lerem, simula, discute, tenta corrigir, mostrar que ele ter poderia utilizar outro argumento ou estratégia, não só dizer que está errado.”

“Eu acredito que sim, pelo menos no começo, depois que ele sabe o caminho das pedras ele pode ir sozinho e depois ele traz para você e você acaba abordando mais.”

“Você tem que estar em cima. Só que antes você dá as orientações, as normas e depois supervisão para eles.”

“E isso pode acontecer inclusive na Universidade, o professor não está lá presente, às vezes não é um professor, é um indivíduo que está ali num pequeno horário e ajuda um pouquinho e está lá pois é um funcionário e tem que atender as 40 fichas. Aí pode dizer para o aluno faz um Captopril e manda embora, se der alguma coisa ele volta.”

5.5.1.1 DSC5

Eu tenho que dar o exemplo através do modelo e da experiência, eu não posso ser do tipo, “faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço”. Não pode impor as coisas sem dar o exemplo de como deve ser feito. Como o filho não é o modelo do pai? No curso de Medicina não é diferente, a gente sempre tenta mostrar a experiência da gente. Então eles veem carinho, muitas vezes aquela brincadeira e que cada um de nós tem uma forma de atendimento.

A simples experiência da pessoa não leva a fazer melhor, pois pode estar repetindo o erro durante 40 anos de vida profissional, a gente aponta material para eles lerem, simula, discute e tenta corrigir. Tem que mostrar que ele poderia utilizar outro argumento ou estratégia, não só dizer que está errado. Você tem que estar em cima, só que antes você dá as orientações, as normas e depois supervisão para eles, depois que sabem o caminho das pedras podem ir sozinhos e trazer o caso para você.

Ele não busca você só na competência técnica. Então, sua postura no início; ter um horário; nos compromissos; seu programa deve ser seguido, seu e do aluno; a postura que você tem perante o aluno, por exemplo, quando vai à cantina ou se você bêbado encontra um aluno na rua, vai ficar desagradável. Eu acho que na aula prática o aluno vai olhar o que você está fazendo, se você está de avental, se não senta na cama, se passa um álcool glicerinado. Ou seja, não só na aula prática, você deve sempre estar professor. Entender que a postura profissional vai fazer toda diferença na vida deles.

Tem certos exemplos que podem dizer para o aluno fazer um Captopril e mandar embora e se der alguma coisa ele volta. E isso pode acontecer inclusive na Universidade, o professor não está lá presente, às vezes não é um professor, é um

indivíduo que está ali num pequeno horário e ajuda um pouquinho e está lá, pois é um funcionário e tem que atender as 40 fichas.

5.6 IC6: O CONHECIMENTO TEÓRICO É UMA COMPETÊNCIA IMPORTANTE PARA ENTENDIMENTO DOS PROCESSOS DO ADOECER

5.6.1 Expressões-chave6

“[...]o conhecimento teórico, fisiopatológico, o conhecimento das doenças.”

“Uma competência seria saber localizar anatomicamente, morfológicamente a região occipital. O que significa essa pressão arterial e o que representa essa pressão arterial. O medicamento, o porquê foi utilizado esse medicamento, mecanismos de ação, quais efeitos colaterais poderia ter.”

“Para mim o médico para ser bom realmente, na maneira como o conhecimento hoje acontece, ele precisava entender como o conhecimento se forma, como é avaliado, como é produzido e de onde vem aquele conhecimento que está usando.”

“Então o conhecimento é importante de uma forma geral, a evolução desse conhecimento, o domínio as evidências, principalmente no início da carreira que você não tem experiência.”

“Acho que ele teria que ter uma competência de estudo, de conhecimento; que ele poderia adquirir através de todos os meios que a mídia fornece.”

“Todo esse aspecto teórico, pelo menos o mínimo, as coisas mais básicas, não precisa ter um super conceito atual, mas acho isso no mínimo ele tem que ter para começar.”

“O conhecimento da Medicina básica: anatomia, fisiologia, histologia, farmacologia, ou seja, todas as disciplinas básicas. Tem que ter esse conhecimento sólido. E as disciplinas clínicas, tem que haver esse domínio.”

“Fora isso colocaria que o aluno deveria conhecer um pouco de fisiopatogenia, para que ele possa não ter isso absolutamente decorado, mas que ele entenda o porquê está fazendo esse tipo de anamnese dirigida.”

“Então, o conhecimento geral da Medicina é importante.”

“Eu tenho que estar baseado em evidências. Então a leitura tem que ser cobrada, a compreensão, o entendimento teórico é a base.”

“[...]essa visualização crítica da sua leitura que é adquirido a partir do momento que você faz isso como parte da sua rotina.”

5.6.1.1 DSC6

Ele teria que ter uma competência de estudo, de conhecimento; que ele poderia adquirir através de todos os meios que a mídia fornece. Então o conhecimento é importante de uma forma geral, mas principalmente no início da carreira que você não tem experiência; o conhecimento teórico, fisiopatológico; o conhecimento das doenças; o domínio das evidências e da evolução desse conhecimento. Conhecer a fisiopatogenia, para que possa não ter isso absolutamente decorado, mas que ele entenda o porquê está fazendo, esse aspecto teórico, pelo menos o mínimo, as coisas mais básicas, não precisa ter um super conceito atual, mas acho que o mínimo ele tem que ter. O conhecimento da Medicina básica: anatomia, fisiologia, histologia, farmacologia, ou seja, todas as disciplinas básicas. Tem que ter esse conhecimento sólido, bem como das disciplinas clínicas. Por exemplo, uma competência seria saber localizar anatomicamente, morfológicamente a região occipital, o que significa essa pressão arterial e o que representa essa pressão arterial, o medicamento, o por quê foi utilizado, os mecanismos de ação e quais efeitos colaterais poderiam ter.

Para mim o médico para ser bom realmente, precisa entender como o conhecimento se forma, como é avaliado, como é produzido e de onde vem aquele conhecimento que está usando e estar baseado em evidências. Então, a leitura tem que ser cobrada e, além disso, a visualização crítica, a compreensão e o entendimento teórico. Então, o conhecimento geral da Medicina é importante.

5.7 IC7: A BUSCA PELO CONHECIMENTO É UMA COMPETÊNCIA QUE É ESTIMULADA POR DETERMINADAS CARACTERÍSTICAS DO ALUNO

5.7.1 Expressões-chave7

“Outra competência que acho importante é o conhecimento dos mecanismos de busca. Porque hoje em dia não é quem conhece mais que responde melhor; é quem busca.”

“[...] conseguir rapidamente buscar alguma coisa que seja necessário.”

“Gostar de estudar, se atualizar e ficar com medo de desatualizado.”

“E você tem que ter conhecimento de evidências científicas que deem apoio a suas decisões. Então você tem que ser um cara estudioso, curioso e ter empatia.”

“Bom, fora que ele tem que ter atenção, conhecimento, estudar[...]”

“Outra é a curiosidade que tem que ser aguçada, perguntando se seria somente isso mesmo.”

“A pessoa tem que ser dedicada, tem que estudar, tem que saber que vai entrar numa área que é um estudo constante.”

“[...]essa visualização crítica da sua leitura que é adquirido a partir do momento que você faz isso como parte da sua rotina. Tem que ter a vontade de estudar constante, pois senão não vai se atualizando, não vai entendendo melhor as coisas.”

5.7.1.1 DSC7

Outra competência que acho importante é o conhecimento dos mecanismos de busca, conseguir rapidamente buscar alguma coisa que seja necessário. Porque hoje em dia não é quem conhece mais que responde melhor; é quem busca. Precisa gostar de estudar, ter atenção, ter conhecimento, se atualizar e ficar com medo de estar desatualizado. A pessoa tem que ser dedicada e saber que vai entrar numa área que é um estudo constante. Além disso, ter o conhecimento de evidências científicas que deem apoio a suas decisões, então ser um cara estudioso, ter empatia e a curiosidade aguçada.

5.8 IC8: A ANAMNESE, O EXAME FÍSICO E A CONDUTA DEVEM PAUTAR-SE NUMA COMPREENSÃO NÃO SOMENTE DA DOENÇA, MAS TAMBÉM DO PACIENTE COMO UM TODO QUE DEVE SER ESTIMULADA PELAS DISCIPLINAS

5.8.1 **Expressões-chave8A: relacionadas com questões biológicas**

“[...] ele não perguntou outras causas de cefaleia que pioram no final do dia.”

“[...] é só uma história aguda e a cefaleia é uma história que merece uma avaliação mais completa.”

“[...] se essa cefaleia era uma cefaleia habitual que houve uma piora, ou se um início apenas recente agora e qual é o grau de comprometimento da função laboral que essa cefaleia causava.”

“[...] anamnese da cefaleia: a periodicidade, quando iniciou, qual a duração dela, se melhora com analgésicos; todos os itens relacionados à dor.”

“[...] não avaliou há quanto tempo é hipertenso.”

“[...] colocou muito tempo pra voltar.”

“[...] e também não refere outros dados que possam ter relação como estresse, obesidade, angina, coronariopatia, insuficiência renal.”

“[...] se ele tem procurado atendimento, ou se dessa vez a dor piorou muito e o impulsionou que ele tenha ido, ou essa preocupação.”

“Um enfoque maior no exame cardiovascular e neurológico.”

“[...] tentar relacionar mais a cefaleia com a hipertensão.”

“[...] e também não refere outros dados que possam ter relação como estresse, obesidade, angina, coronariopatia, insuficiência renal.”

“Doenças que já teve. Históricos pessoais[...]

“Se ele tem algum cuidado com saúde, se fez algum exame, por exemplo, de rastreio nos últimos tempos, se isso é importante, o que ele conhece sobre as patologias que o homem da idade dele pode ter.”

“[...] de outras patologias associadas; história de AVC, Diabetes, Infarto, quer dizer a história da saúde familiar, a história pregressa da família que é muito importante.”

“[...] questões relacionadas à hereditariedade.”

“[...] se tem história de Diabetes na família.”

“[...] se toma algum tipo de medicamento[...]

“[...] não consta aqui a questão alimentar[...]

“[...] fatores epidemiológicos de risco, como por exemplo, se ele é fumante, se é obeso[...].”

“[...] não temos informação quanto à procedência, nem de origem, nem de hábitos de higiene no ambiente onde ele se encontra[...]

“[...]a pressão arterial, mas não se sabe em qual local isso foi feito, se foi no braço, na perna[...]

“[...]outros dados: de peso altura e massa corpórea.”

“[...]o recém-egresso deve fazer o exame completo para todo mundo.”

“[...] e o exame físico com especiais cuidados a sinais de irritação meníngea, fundo de olho.”

“[...] se ele tem alteração de órgãos alvo: fundo de olho, coração, doença vascular periférica que estão relacionados à hipertensão.”

“[...]daí frequência cardíaca e respiratória, temperatura; enfim falta um monte de coisa.”

“[...] ele deveria ter feito o exame físico completo.”

“[...] adesão terapêutica adequada ou inadequada.”

“Na imensa maioria, para não dizer 90% das vezes a gente consegue fechar um diagnóstico com a história, muitas vezes não precisa nem do exame físico e muito menos de exames complementares, então anamnese é realmente um pilar fundamental da Medicina de qualidade.”

“Tudo isso no interesse de classificar essa cefaleia.”

“Para fazer o diagnóstico correto e portanto tomar a conduta adequada.”

“[...] para poder orientar esse paciente. Ele vai tratar ou não vai, vai encaminhar, vai se alimentar e o que vai restringir, este tipo de coisa.”

“[...] por aqui ficou implícito que seria causado por uma crise hipertensiva e isso pode ser um diagnóstico precipitado.”

“[...] acho que seriam importantes até pra orientar, e ele voltar orientado.”

“A questão oftalmológica, encaminhar a um oftalmologista, teste rápido de acuidade visual, não esperar 15 dias pra resolver.”

“Faltou o medico entender o papel dele. Uma orientação para o paciente, um encaminhamento para profissionais que pudessem ajudar melhor.”

“O tratamento também do Captopril a dose para o tratamento são 2 comprimidos”.

E ele não deu medicação também, não é. Ele só utilizou naquele momento e reavaliou em uma hora[“...”]

“Faltou a orientação terapêutica.”

“Mas acho que tem que ter uma orientação, talvez deixar esse paciente em observação pelo menos 24 horas.”

“Mas obviamente quando vai investigar a cefaleia, principalmente com hipertensão, teria que fazer uma gama de exames de investigação.”

“[...] a sequência dos exames conforme vão sendo necessários.”

“Por exemplo, não pediu exame de sangue, um hemograma para o cara, eletrocardiograma para o sujeito[...].”

“[...] talvez precisasse de Holter ou MAPA. Para depois liberar esse paciente para casa.”

“[...] não pediu os exames, quer dizer, não tratou do paciente com uma visão mais ampla.”

“Eu acho que deveria ter pedido exames, uma avaliação mais completa, ele não cumpriu bem o seu papel. A enfermeira poderia ter feito a mesma coisa, tirar a pressão, ele estava hipertenso, se ele só fez isso.”

5.8.1.1 DSC8A

É só uma história aguda e a cefaleia é uma história que merece uma avaliação mais completa. Faltou na anamnese a periodicidade; quando iniciou; se essa cefaleia era habitual que houve uma piora ou se um início apenas recente; se ele tem procurado atendimento ou se dessa vez a dor piorou muito e o impulsionou que ele tenha ido; qual a duração dela; se melhora com analgésicos; não perguntou outras causas de cefaleia que pioram no final do dia; e qual é o grau de comprometimento da função laboral que essa cefaleia causava. Não temos informação quanto a procedência, nem de origem, nem de hábitos de higiene no ambiente onde ele se encontra. Faltaram os fatores epidemiológicos de risco, como por exemplo, se ele é fumante, a questão alimentar e se é obeso. Também não avaliou há quanto tempo é hipertenso, se toma algum tipo de medicamento, uma adesão terapêutica adequada ou inadequada, nem outros dados que possam ter relação como estresse, angina, coronariopatia, insuficiência renal, deveria tentar relacionar mais a cefaleia com a hipertensão. Além disso, doenças que já teve, históricos pessoais e de outras patologias associadas, questões relacionadas à hereditariedade como a história pregressa da família, como se tem história de Diabetes, história de AVC, Infarto, quer dizer, a história da saúde familiar. Se ele tem algum cuidado com saúde, se fez algum exame, por exemplo, de rastreio nos últimos tempos, se isso é importante, o que ele conhece sobre as patologias que o homem da idade dele pode ter.

Ele aferiu a pressão arterial, mas não se sabe em qual local isso foi feito, se foi no braço ou na perna. Faltaram a frequência cardíaca e respiratória, temperatura,

peso, altura e massa corpórea, ou seja, o exame físico completo com um enfoque maior no exame cardiovascular e neurológico, com especiais cuidados a sinais de irritação meníngea e se ele tem alteração de órgãos alvo: fundo de olho, coração e doença vascular periférica que estão relacionados à hipertensão. Não pediu os exames, quer dizer, não tratou do paciente com uma visão mais ampla, uma avaliação mais completa, ele não cumpriu bem o seu papel. Teria que fazer uma gama de exames de investigação, a sequencia dos exames conforme vão sendo necessários, por exemplo, não pediu exame de sangue, um hemograma, eletrocardiograma, talvez precisasse de Holter ou MAPA, para depois liberar esse paciente para casa. Além disso, tem que ter uma orientação terapêutica, talvez deixar esse paciente em observação pelo menos 24 horas, e ele não deu medicação também, só utilizou naquele momento e reavaliou em uma hora.

Na imensa maioria a gente consegue fechar um diagnóstico com a história, então anamnese é realmente um pilar fundamental da Medicina de qualidade. No interesse de classificar essa cefaleia, para fazer o diagnóstico correto e portanto tomar a conduta adequada e orientar para ele voltar orientado: ele vai tratar ou não, vai encaminhar, vai se alimentar e o que vai restringir, este tipo de coisa. Por aqui ficou implícito que seria causado por uma crise hipertensiva e isso pode ser um diagnóstico precipitado. Faltou o médico entender o papel dele. Uma orientação para o paciente, um encaminhamento para profissionais que pudessem ajudar melhor, a questão oftalmológica, encaminhar a um oftalmologista e não esperar 15 dias pra resolver.

5.8.2 Expressões-chave8B: relacionadas com a compreensão do sujeito como um todo através da análise dos dados psicossociais do sujeito, seu ambiente e família

“[...] as condições de vida dos pacientes e da família, não somente fisiológicas, mas sociais, ele está desempregado e acho que isso é um assunto que deveria ser abordado.”

“E não só colocar ascensorista, você vê que ascensorista é alvo de estresse o tempo todo.”

Esqueci, falei para você do stress, tem escala para estresse? Talvez aplicar para saber se seria um problema.

[...] informação mais detalhadas a respeito de família.

“O quanto a gente pode esperar o apoio familiar numa situação como essa”.

Como está a relação dele com a esposa e com os filhos, ele tem um filho mais velho. O mais novo é criança, mas com o mais velho como funciona essa situação dentro de casa?”

“Ele está desempregado, tem dois filhos menores, deve ter um nível de estresse bastante grande. Então as condições de hábitos de vida dele precisariam ser mais bem detalhadas.”

“[...] se acha que nesse momento do desemprego ele acha ter piorado.”

“Ele está desempregado, tem que verificar se está com problema emocional vinculado a isso.”

“Mas o que me chama atenção aqui é uma pobreza de informações quanto a historia clínica do paciente, tanto do ponto de vista clínico como psicossocial.”

“Por exemplo, a cefaleia do paciente, se isso é uma coisa que acontece mais vezes, se tem relação disso com o momento de vida com que está vivendo[...].”

“A gente não sabe como as coisas serão conduzidas dali para frente. Enfim, toda conduta clínica dali para frente seria um pouco mais completa se tivéssemos essas informações.”

“[...] para que o estudante tivesse uma visão global do paciente, que ele pudesse entender a doença como uma condição multifatorial.”

“[...] conversar com o paciente, captar a confiança do paciente e da família o aluno deveria ser mais estimulado. Hoje se estimula muito a investigação.”

“Então você não pode estipular um tempo para a anamnese, principalmente para aquele paciente prolixo. Ele é agônico, tem que desabafar.”

“Tentando entender todo contexto tentando realmente aproveitar para que você possa promover uma saúde melhor.”

“Essa é uma visão que o aluno tem que ter, uma visão do todo e não do segmento.”

“O que eu entendo, pensando no aluno, é que ele deva ter a capacidade de receber o paciente com a queixa que ele tem e isso é o mais importante para o paciente naquele momento.”

“Na área da saúde se conseguir visualizar o indivíduo de maneira integral a resolutividade é maior.”

“[...] o paciente não tem uma pressão alta é um paciente que apresentou um distúrbio que levou a alterar sua pressão.”

“[...] o mais importante é aproveitar o momento que aquele paciente está ali para você ter um olhar amplo para aquela pessoa.”

“Eu sempre tento na tutorial olhar para o paciente como um todo.”

“Como um todo que tem a parte orgânica, mas também tem a parte fisiológica, a parte emocional, espiritual e tudo que interfere.”

“[...] você não vai examinar o foco apendicular específico; você vai examinar o paciente como um todo e é isso que acho que falta na relação médico paciente.”

“Talvez hoje a gente forme o aluno de uma forma muito objetiva, você quer um resultado imediato e isso leva a ao que está faltando.”

“Na atenção primária a gente não tem esse limite restrito a um órgão, ou seja, um limite orgânico, o limite muitas vezes não acaba sendo nem a pessoa, acaba se ampliando para o núcleo familiar, podendo ele ser menor ou maior dependendo do problema que está envolvido, então a disciplina tem esse grande diferencial que pode ser não ter limites ser bastante amplo.”

5.8.2.1 DSC8B

Mas o que me chama atenção aqui é uma pobreza de informações quanto a história clínica do paciente, tanto do ponto de vista clínico como psicossocial, por exemplo, a cefaleia do paciente, verificar se está com um problema emocional vinculado a isso e se acha ter piorado ou se tem relação com o momento de vida. Pois, é um pai, desempregado, com dois filhos, um de 2 anos e outro de 15. Precisa saber se o de 15 está dando muito problema; como está a relação dele com a esposa e com os filhos; qual é a situação do ambiente familiar; o mais novo é criança, mas com o mais velho, como funciona essa situação dentro de casa; as condições de vida do paciente e da família, não somente fisiológicas, mas sociais. Então as condições de hábitos de vida dele precisariam ser mais bem detalhadas, como o quanto a gente pode esperar do apoio familiar numa situação como essa, ou seja, uma informação mais detalhada a respeito da família. Por estar desempregado e ter dois filhos menores, deve ter um nível de estresse bastante grande. Talvez aplicar uma escala para estresse a fim de saber se seria um problema. A gente não sabe como as coisas serão conduzidas dali para frente e a conduta clínica seria mais completa se tivéssemos essas informações.

Você não pode estipular um tempo para a anamnese, principalmente para aquele paciente prolixo, ele é agônico, tem que desabafar. O aluno deve ter a capacidade de receber o paciente com a queixa que ele tem e isso é o mais importante para o paciente naquele momento, tentando entender todo contexto tentando realmente aproveitar para que possa promover uma saúde melhor. O aluno deveria ser mais estimulado a conversar com o paciente e captar a confiança do paciente e da família, para que ele tenha uma visão global, que ele possa entender a doença como uma condição multifatorial e conseguir visualizar o indivíduo de maneira integral com uma resolutividade maior. O paciente não tem uma pressão alta é um paciente que apresentou um distúrbio que levou a alterar sua pressão e o mais importante é aproveitar o momento que ele está ali para você ter um olhar amplo para aquela pessoa, mas hoje se estimula muito a investigação. Essa é uma visão que o aluno tem que ter, uma visão do todo e não do segmento.

Eu sempre tento na tutorial olhar o paciente como um todo que tem a parte orgânica, a parte fisiológica, a parte emocional, espiritual e tudo que interfere. Você não vai examinar o foco apendicular específico; você vai examinar o paciente como um todo e é isso que acho que falta na relação médico paciente. O limite muitas vezes não acaba sendo nem a pessoa, acaba se ampliando para o núcleo familiar, podendo ele ser menor ou maior dependendo do problema que está envolvido, então a disciplina tem esse grande diferencial que pode ser não ter limites ser bastante amplo.

5.9 IC9: A ANAMNESE E O EXAME FÍSICO EXIGEM COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E PESSOAIS RELACIONADAS A OPERACIONALIZAÇÃO DESSA ATIVIDADE E A HABILIDADE DE COMUNICAR-SE

5.9.1 Expressões-chave9A: relacionadas a realização da anamnese e exame físico

“A propedêutica e a técnica de aferição são fundamentais.”

“As habilidades são fundamentais para os profissionais médicos.”

“Acho que o treinamento é primordial”.

“[...] componente, ou melhor, o componente essencial da prática médica.”

“[...] espera que ele tenha o mínimo de competência para sistematizar uma história clínica de tal modo a fazer a anamnese colocando queixa principal, história mórbida atual [...]”

“As competências que esse aluno, que esse egresso deveria ter deveria proporcionar capacidade de fazer, sempre atento ao diagnóstico diferencial, à capacidade de observar o valor da história clínica.”

“Acho que competência na anamnese são coisas importantíssimas, mas que às vezes acabam ficando num plano secundário e eu não sei o porquê.”

“E no exame físico a capacidade de observação e a competência de realizar as manobras semiológicas adequadas.”

“De uma boa base em semiologia.”

“Acho que, além disso, o exame físico também tem que ser dirigido para o que interessa.”

“O mínimo de habilidades e o exame físico bem feito[...].”

“Aferir corretamente a pressão arterial, fazer duas aferições, sentado e deitado, a técnica da aferição da pressão.”

“Não sei se a questão oftalmológica iria ajudar, talvez o exame grosseiro de acuidade (O Snellen)”

“[...] poderia fazer o exame neurológico sumário [...]”.

“[...] o exame do fundo de olho.”

5.9.1.1 DSC 9A

As competências do egresso deveriam proporcionar a capacidade de observar o valor da história clínica. Espera-se que ele tenha o mínimo de competência para sistematizar uma história clínica, além disso, de habilidades e um exame físico bem feito, componente essencial da prática médica. Precisa de uma boa base em semiologia; no exame físico a capacidade de observação e a competência de realizar as manobras semiológicas adequadas. No caso apresentado, a propedêutica e a técnica de aferição são fundamentais, como, por exemplo, aferir corretamente a pressão arterial, fazer duas aferições, sentado e deitado, ou seja, a técnica da aferição da pressão, o exame neurológico sumário, o exame do fundo de olho e talvez o exame grosseiro de acuidade, o Snellen. Além disso, o exame físico também tem que ser dirigido para o que interessa. Sendo assim, as habilidades são fundamentais para os profissionais médicos e para isso o treinamento é primordial, no entanto, apesar das competências na anamnese serem

coisas importantíssimas, às vezes acabam ficando num plano secundário e eu não sei o porquê.

5.9.2 Expressões-chave9B: relacionadas a anamnese e a habilidade de comunicação

“[...] a habilidade de como comunicar o paciente, explicar, sem que use termos muito técnicos, mas também sem deixar uma coisa muito simplória e sem importância.”

“É claro que nem todos tem essa habilidade, mas já existe literatura suficiente que são coisas que podem ser desenvolvidas durante o curso.”

“[...] não interromper o paciente[...].”

“[...] o paciente tem que saber sem ser assustado.”

“Começando com a empatia, da relação que a pessoa tem que ter com o indivíduo que está chegando. Como ela vai receber a queixa, compreender o que a pessoa está querendo dizer com as coisas que diz.”

“Conseguir ouvir é uma coisa importante, pois as vezes a gente deixa de ouvir e quer falar mais, interromper mais ou quer imaginar que a pessoa está falando uma coisa pois é aquilo que a gente busca enquadrar.”

“Acho que a questão de você discutir com o paciente o que você está pensando em fazer e fazer com que ele possa participar da sua decisão terapêutica, independente do que vier. Explicar as reais possibilidades, fazer com que a pessoa saia satisfeita, entendendo qual é o cuidado que ela vai ter que ter a partir daquele momento.”

“Uma pessoa que tenha mais dificuldade em ser maleável talvez ela vá conduzir um pouco mais o paciente a pensar o que ela imagina e acho que talvez isso dificulte um pouco.”

“[...] o paciente vai se sentir mais acolhido, pois o médico vai olhar, vai ouvir, vai sentir e quando a gente trabalha com essa questão sensorial você acaba atingindo melhor seu objetivo de trabalho.”

“Na anamnese a habilidade de comunicação; a forma com que o profissional vai se comunicar com o doente no sentido de obter de maneira mais fiel possível os dados do paciente.”

5.7.2.1DSC9B

Na anamnese temos a habilidade de comunicação, a forma com que o profissional vai se comunicar com o doente no sentido de obter de maneira mais fiel possível os dados do paciente e não interromper o paciente. Começando com a empatia, da relação que a pessoa tem que ter com o indivíduo que está chegando. Como ela vai receber a queixa, compreender o que a pessoa está querendo dizer com as coisas que diz. Para isso, conseguir ouvir é importante, pois às vezes a gente deixa de ouvir e quer falar mais, interromper mais ou quer imaginar que a pessoa está falando uma coisa, pois é aquilo que a gente busca enquadrar. Uma pessoa que tenha mais dificuldade em ser maleável talvez vá conduzir um pouco mais o paciente a pensar o que ela imagina e acho que talvez isso dificulte um pouco. Além disso, a habilidade de como comunicar o paciente, explicar, sem que use termos muito técnicos, mas também sem deixar uma coisa muito simplória e sem importância, de forma que o paciente tem que saber sem ser assustado. Acho que a questão de você discutir com o paciente o que você está pensando em fazer e fazer com que ele possa participar da sua decisão terapêutica, independente do que vier. Explicar as reais possibilidades, fazer com que a pessoa saia satisfeita, entendendo qual é o cuidado que ela vai ter que ter a partir daquele momento. Com isso o paciente vai se sentir mais acolhido, pois o médico vai olhar, vai ouvir, vai sentir e quando a gente trabalha com essa questão sensorial você acaba atingindo melhor seu objetivo de trabalho. É claro que nem todos têm essa habilidade de comunicação, mas já existe literatura suficiente que são coisas que podem ser desenvolvidas durante o curso.

5.9.3 Expressões-chave9C: relacionadas às competências pessoais na anamnese e na habilidade de comunicação

“O que eu vejo que é complicado, às vezes, na anamnese, é construir uma boa relação para fazer a anamnese.”

“[...] se o médico tiver uma competência de comunicação a chance dele é muito melhor.”

“[...] se ele não consegue se comunicar bem ele provavelmente vai se frustrar muito mais, então essa competência de comunicação me parece muito importante.”

“A disponibilidade em ouvir o paciente, de prestar atenção, tanto quanto estar conversando com o paciente.”

“Então, saber escutar é uma competência fundamental que se sobrepõe a qualquer outro, saber ouvir.”

“Não é chegar e já tocar, primeiro você ouve e depois de um tempo, você tem que ter essa habilidade de ouvir e não ser ansioso.”

“Então nós temos que ter bom humor, disposição, afabilidade e isso eu vejo condutas de berço, familiares. Chegar e dar um bom dia, perguntar como o paciente está, tem que ser apresentar, sorrir[...].”

“uma educação básica, respeitar a pessoa, ter paciência com a pessoa.”

“Se mostrar solícito com o paciente quanto a qualquer dúvida que ele venha a ter.”

“Principalmente a postura com o paciente a disponibilidade de manter uma relação boa com o paciente.”

“E ao mesmo tempo, mostrando para esse paciente que ele (o médico) tem limites.”

“[...] esses atributos de empatia, de se colocar no lugar de paciente está em muitas vezes fragilizados e pedindo a sua ajuda é uma competência essencial.”

“[...] capacidade de empatia, no sentido de se posicionar no lugar de uma pessoa, tentar buscar uma determinada conduta adequada.”

“[...] a capacidade de persuasão, a capacidade de sentar com o paciente e explicar o seu problema é o que vai fazer a diferença.”

“Essa habilidade de comunicação, a habilidade de ter empatia com o paciente e seus familiares, saber dar notícias ruins.”

Acho que o aluno tem dificuldade para se projetar para aquele mundo, aquela realidade, aquela situação que o paciente se encontra. Não só a situação da doença, mas a situação do meio social que ele vive.

[...] Ter empatia pelo paciente e sentir que está vendo alguma coisa a mais que a doença específica.

“Estar um pouquinho mais próximo do paciente.”

“Gostar de pessoa e gostar de tratar e amenizar o sofrimento do outro.”

“Atenção não somente no atendimento, mas a atenção à personalidade daquela pessoa, como ela chega, esse cuidado do olhar mesmo. Um olhar humano.”

“Uma competência pessoal que a situação da hipertensão exige muito do médico é uma habilidade para motivar um paciente a fazer mudanças necessárias para tratar a hipertensão. Traduzir de forma clara os aspectos relacionados às doenças.”

“E dentro das competências pessoais para resolver situações como essa é a capacidade de que ele consiga demonstrar ao paciente o quanto é importante a terapêutica de uma doença que é assintomática.”

“[...] tem que ter sensibilidade, no sentido de perceber com os cinco sentidos a doença do doente.”

“Às vezes o doente não exprime o que sente, mas você capta a partir da tua análise.”

“Atenção no sentido de saber olhar a pessoa, saber interpretar o que mais o corpo pode trazer de informação e não somente o que o paciente trás.”

“Ser observador, um olho clínico.”

“Não necessariamente envolvendo uma entidade nosológica, mas ter maleabilidade de agregar novos valores, novos dados importantes para o raciocínio que tu tá construindo, na relação que está construindo[...].”

5.9.3.1 DSC9C

Se o médico tiver uma competência de comunicação a chance dele é muito melhor e se ele não consegue se comunicar bem ele provavelmente vai se frustrar muito mais, então essa competência de comunicação me parece muito importante. Nós temos que ter bom humor, disposição, paciência, humildade, afabilidade, dar um bom dia, perguntar como o paciente está, se mostrar solícito com o paciente quanto às dúvidas que ele venha a ter, se apresentar e sorrir, ou seja, a disponibilidade de manter uma relação boa com o paciente e construir uma boa relação para fazer a anamnese. E ao mesmo tempo, mostrando para esse paciente que ele (o médico) tem limites. Nesse sentido saber escutar é uma competência fundamental que se sobrepõe a qualquer outra, a disponibilidade em ouvir o paciente, de prestar atenção, tanto quanto estar conversando com o paciente. Não é chegar e já tocar, primeiro você ouve e depois de um tempo, você tem que ter essa habilidade de ouvir e não ser ansioso.

Às vezes o doente não exprime o que sente, mas você capta a partir da tua análise, precisa ser observador, ter um olho clínico, ter a sensibilidade, no sentido de perceber com os cinco sentidos a doença do doente e atenção no sentido de saber olhar a pessoa, saber interpretar o que mais o corpo pode trazer de informação e não somente o que o paciente trás. Agregando novos valores, novos dados importantes para o raciocínio, a partir da relação que está construindo, não necessariamente envolvendo uma entidade nosológica,

Outro atributo é o de empatia, essa habilidade de comunicação, a habilidade de ter empatia com o paciente e seus familiares, estar um pouquinho mais próximo do paciente sentir que está vendo alguma coisa a mais que a doença específica, de se posicionar no lugar de uma pessoa que está, em muitas vezes, fragilizada e pedindo a sua ajuda é uma competência essencial, no sentido de se, tentar buscar uma determinada conduta adequada. O aluno tem dificuldade para se projetar para aquele mundo, aquela realidade, aquela situação que o paciente se encontra. Não só a situação da doença, mas a situação do meio social que ele vive. Atenção não somente no atendimento, mas a atenção à personalidade daquela pessoa, como ela chega, esse cuidado do olhar mesmo. Um olhar humano. Gostar de pessoas e gostar de tratar e amenizar o sofrimento do outro.

Além disso, deve traduzir de forma clara os aspectos relacionados às doenças, inclusive saber dar notícias ruins, por exemplo, uma competência pessoal que a situação da hipertensão exige muito do médico é uma habilidade para motivar um paciente a fazer mudanças necessárias para tratar a hipertensão, essa capacidade de persuasão, de sentar com o paciente e explicar o seu problema é o que vai fazer a diferença.

5.10 IC10: O RACIOCÍNIO CLÍNICO QUALIFICA, CORRELACIONA AS QUEIXAS E POSSIBILITA O DIAGNÓSTICO E CONDUTAS ADEQUADOS, NUM APRIMORAMENTO CONSTANTE

5.10.1 Expressões-chave¹⁰

“Ou seja, é fundamental, além disso, o raciocínio clínico.”

“O raciocínio clínico para interligar a anamnese, o exame físico e o conhecimento teórico.”

“O raciocínio clínico tem que ser treinado desde o primeiro dia da faculdade.”

“[...] as pessoas são puxadas para o atendimento em si, na habilidade e não no raciocínio. E que na verdade faz com que às vezes você fique muito próximo do erro.”

“Acho que teria fazer isso, do sintoma ele teria que elaborar um diagnóstico sindrômico e a partir daí da moléstia e depois o tratamento.”

“Enfim, a razão, a gravidade dessa queixa e o motivo, o diagnóstico, por que ele tem essa queixa de cefaleia. Acho que ele tem que tentar explicar. Eu sempre digo que a gente tem que fazer 3 diagnósticos para cada possibilidade.”

“Então, saber relacionar os vários fatores e as várias queixas é importante.”

“Fora isso o que mais de interessante? O medicamento[...] ”

“A competência para avaliar e tratar as cefaleias e a competência para avaliar e tratar a hipertensão.”

“O que ele vai fazer seria uma segunda competência e a terceira competência seria no sentido do tratamento eu acho.”

“E depois uma competência de como ele atua para conduzir esse paciente na sequência, ou seja, como ele vai levar essa situação.”

“[...] competência para atuar na crise, já que há situações que não existe possibilidade de se pedir ajuda para outras pessoas.”

“Então o conhecimento de farmacologia.”

5.10.1.1 DSC10

O raciocínio clínico é fundamental e tem que ser treinado desde o primeiro dia da faculdade, para saber relacionar os vários fatores e as várias queixas, pois quando as pessoas são puxadas para o atendimento em si, na habilidade e não no raciocínio podem ficar muito próximas do erro. Enfim, a razão, a gravidade, o motivo, o diagnóstico, o porquê ele tem essa queixa de cefaleia. Tem que tentar explicar; do sintoma ele teria que elaborar um diagnóstico sindrômico e a partir daí da moléstia e depois o tratamento. Ou seja, uma competência de como ele atua para conduzir esse paciente e na sequência, como ele vai levar essa situação, principalmente na crise, pois não existe possibilidade de se pedir ajuda para outras pessoas. O que ele vai fazer, bem como, o tratamento com o conhecimento da farmacologia e do medicamento. Como por exemplo: a competência para avaliar e tratar as cefaleias e a competência para avaliar e tratar a hipertensão. Assim sendo, utilizar o raciocínio

clínico para interligar a anamnese, o exame físico e o conhecimento teórico e a partir disso tomar uma conduta.

5.11 IC11: O QUE O ALUNO ESPERA DA PROFISSÃO É DIFERENTE DO QUE ENCONTRA

5.11.1 Expressões-chave¹¹

“O médico tem essa formação muito cansativa e precisa gostar muito para suportar toda essa carga. Sair dali e atender consulta INPS por 7 reais.’

“Acho que a vocação é nata. O indivíduo vai fazer aquilo e vai gostar. E a grande maioria parece que acerta.”

“Hoje essa vocação é gostar de trabalho, uma profissão economicamente das melhores.”

“Primeiro ele tem que entender a profissão dele; ele tem que entender aquilo que ele se responsabilizou a dar para o paciente.”

“A profissão médica deveria ser considerada uma profissão de classe média. Se tiver essa perspectiva que vai chegar no topo da pirâmide social, vai se frustrar.”

“Até o terceiro ano ele vem com toda aquela ilusão da Medicina, coisa bonita e tal, e depois passa aquele romantismo e ele começa a se sentir o indivíduo dentro da sociedade.”

“O que é ser um médico e o que elas esperam disso.”

5.11.1.1 DSC11

Acho que a vocação é nata, o indivíduo vai fazer aquilo e vai gostar e a grande maioria parece que acerta. Mas primeiro ele tem que entender a profissão dele e o que é ser um médico e o que esperam disso. Tem que entender aquilo que ele se responsabilizou a dar para o paciente. O médico tem essa formação muito cansativa e precisa gostar muito para suportar toda essa carga. A profissão médica deveria ser considerada uma profissão de classe média, atender consulta por 7 reais e se tiver essa perspectiva que vai chegar no topo da pirâmide social, vai se frustrar, mas mesmo assim hoje ainda é uma profissão economicamente das melhores. Até o terceiro ano ele vem com toda aquela ilusão da Medicina, coisa bonita e tal, e

depois passa aquele romantismo e ele começa a se sentir o individuo dentro da sociedade. Hoje a vocação é gostar de trabalho.

5.12 IC12: A IMATURIDADE E O DESINTERESSE ESTÃO PRESENTES NOS ALUNOS DO CURSO

5.12.1 Expressões-chave¹²

“Então, esse amadurecimento deles, às vezes com a castração da felicidade deles de ser jovem, livre, poderiam ter mais tempo[...]”

“O indivíduo tem que ter uma maturidade, responsabilidade.”

“A maturidade caminha junto com a formação educacional, se o aluno não tem ou tem erroneamente a formação de berço, ou com os familiares. Se o pai dá exemplos ele vai seguir.”

“Por isso eu critico a entrada muito jovem na faculdade, porque as vezes eles acabam tendo a imaturidade de ter essa sensação de conseguir ver o que há além.”

“Eu ponho eles para fazer historia aqui, eles vão, eles perguntam[...] Poe um doutorando do nono período. Ah, meu Deus; não sai nada, não se esforçou, não quer fazer[...] Com certeza tem algum modelo, alguma coisa[...] Pode ter um modelo que vai levando a isso (falta de interesse)[...] Não sei se é falta da gente fazer colocações; dizer é assim, motiva-los para essas questões. Entender que a postura profissional vai fazer toda diferença na vida deles.”

“E impressionante é que o aluno não sabe a sequencia da anamnese. Então, no primeiro dia de estágio, eu coordeno o estagio de Ginecologia da Santa Casa, eu já dou (gesto como se entregasse uma folha)[...] Mas agora eles estão num grupo de 17 dias, anteriormente era 24, no dia 15-16 pergunto onde está a folhinha (gesto com a mão como se tivessem perdido).”

“Então a gente se choca na enfermaria quando a gente pede para tirar a história do paciente. Um indivíduo começa a tratar um individuo que está lá deitado doente, de uma forma completamente atrevida. Não buscando uma expressão, uma forma de relacionamento. As perguntas vão saindo como se estivesse fazendo uma troca de e-mail.”

“Temos alunos imaturos e irresponsáveis. E vamos por mais uma coisa, falta de educação.”

“No 10º. Período é justamente isso que a gente sente. Ele vem meio amorfo, cheio de vícios e acho que o mais difícil é colocar interesse no aluno.”

“Parece que desaprendem (12º. período) e não sabem lidar com a questão de ser recém médico e o que fazer com isso e também que papel eu tenho como médico dentro dessa sociedade.”

“[...] essa questão dos alunos estarem despreparados emocionalmente.”

5.12.1.1 DSC12

O indivíduo tem que ter uma maturidade, responsabilidade. E esse amadurecimento, às vezes acontece com a castração da felicidade de ser jovem, livre e ter mais tempo. Eles acabam tendo a imaturidade, pela entrada muito jovem na faculdade e pela formação educacional, ou seja a formação de berço, os exemplos a seguir.

Parece que desaprendem (12º. período) e não sabem lidar com a questão de ser recém-médico, o que fazer com isso e do seu papel dentro da sociedade, parecem despreparados emocionalmente, além disso, não sabem, por exemplo, a sequência da anamnese. E a gente se choca quando pede para tirar a história e começam a tratar o doente de uma forma completamente atrevida, não buscando uma expressão, uma forma de relacionamento. As perguntas vão saindo como se estivesse fazendo uma troca de e-mail. Não sei se é falta da gente fazer colocações; dizer é assim, motiva-los para essas questões.

Existem alunos imaturos e irresponsáveis e com falta de educação. Poe um doutorando do nono período e o que acontece que não sai nada, não se esforçou, não quer fazer. No 10º período é justamente isso que a gente sente. Ele vem meio amorfo, cheio de vícios e acho que o mais difícil é colocar interesse no aluno. Com certeza tem algum modelo, alguma coisa.

5.13 IC13: AS DISCIPLINAS UTILIZAM A EXPOSIÇÃO TEÓRICA; A BUSCA PELO CONHECIMENTO; O TRABALHO EM GRUPO E AS ATIVIDADES PRÁTICAS

5.13.1 Expressões chave13A: relacionadas a exposição teórica

“A disciplina trabalha assim, inicialmente a gente tem as aulas expositivas, na maneira mais tradicional possível. Eu gosto da maneira tradicional, que é o slide.

“Vou falar um treco que tem no livro? Isso é um absurdo. Mas o sistema nosso é assim. Primeiro eles querem aula teórica, sentam na primeira fila, eu abro a boca estão escrevendo. Eu digo, “não percam tempo de vocês escrevendo isso, não vou nem perguntar em prova o que estou falando, eu quero que vocês leiam isso é mais uma informação”.”

“Não pode ser uma aula magistral expositiva, só. Acho que tem que o tempo inteiro circular, não só no sentido de andar na sala, mas circular com o aluno. Buscar o aluno que está mais perdido na sala, pois você nota que ele está desligado.”

5.13.1.1 DSC13A

Não pode ser uma aula magistral expositiva, só, mas eles querem aula teórica, sentam na primeira fila, eu abro a boca e estão escrevendo. Vou falar o que tem no livro? Eu digo, “não percam tempo de vocês escrevendo isso, não vou nem perguntar em prova o que estou falando, eu quero que vocês leiam isso é mais uma informação”. Acho que tem que o tempo inteiro circular, não só no sentido de andar na sala, mas circular com o aluno. Buscar o aluno que está mais perdido na sala, pois você nota que ele está desligado.

5.13.2 Expressões-chave13B: relacionadas a exposição busca pelo conhecimento e o raciocínio

“Qual a competência que quero com alunos? Principalmente que ele saiba[...] [...] normalmente se aprende por orelhada.”

“[...] conhecimento, que não deixa de ser uma situação cardiovascular, a hipertensão arterial, aqui nem tanto como diagnóstico em si, mas como consequência que a hipertensão tem nas artérias.”

“[...] importância de se ter um bom conhecimento básico, de como o organismo funciona normalmente, para que possa entender a doença.”

“Mas então, quando a gente discute, fecha o caso, além de cobrar deles relembrem o que eles viram da fisiologia, da bioquímica, das ciências básicas, mas também o que poderia ter interferido nessa alteração que o paciente apresentou.”

“o contexto, da informação, do conhecimento das diversas síndromes.”

“[...] saber fazer a pesquisa exata, sabendo buscar nos livros, nos exercícios de fontes de pesquisa e saber se expressar.”

“[...] e nós fazemos um estudo baseado em temas que eles apresentam.”

“A gente ensina como buscar. Essa competência é bem interessante, pois se a pessoa tem vontade de aprender e conhecer, mas não sabe onde buscar esse conhecimento e só conhece os livros da biblioteca esse é um fator dificultador. Porque é demandado do aluno que ele leia e saiba criticar aquilo ali. Então a gente traz algumas ferramentas da leitura crítica de textos. Além disso a gente trabalha muito com essa questão estatística, isso acho primordial, porque você Le qualquer tipo de estudo clínico e tem que minimamente saber interpretar uma análise estatística.”

“[...] que ele entenda o raciocínio correto[...] ”

“[...] correlacionar a função normal com o que pode interferir que não seja uma doença orgânica [...]”. “[...] às vezes se deixa passar uma situação de estresse e trata com medicamento algo que não seria medicamentoso.”

“Acho que a tônica do estágio de clínica médica, minha principal ação, é ensinar para o aluno o raciocínio clínico diagnóstico, é talvez a coisa mais complexa que o curso, que a Medicina toda tenha, mais empírica.”

“A ênfase desse modelo PBL, no quinto e sexto períodos, é tentar formular diagnósticos a partir das queixas e tentar comprovar a partir de exames complementares.”

“Como fazer as perguntas corretas para si mesmo, seja médico ou biólogo e quais são as alternativas, o que se sabe e o que se tem para solucionar aquele problema. [...] o exercício que faço com eles é mais de causa e consequência.”

“[...] um outro objetivo que é quantificar, graduar as queixas.”

“Então ele tem que ser treinado a ler, a entender, a questionar, a não ser tão quadrado, conseguir visualizar essas inúmeras possibilidades que podem ser uma dor de cabeça. E isso dentro da PUC, eu gosto muito do tutorial, ele possibilita essa visualização.”

5.13.2.1 DSC13B

Qual a competência que quero com alunos? Principalmente que ele saiba, pois normalmente se aprende por orelhada. Por exemplo, o conhecimento da

hipertensão arterial e importância de se ter um bom conhecimento básico, de como o organismo funciona normalmente, para que possa entender a doença. Mas então, quando a gente discute, fecha o caso, além de cobrar deles lembrarem o que eles viram da fisiologia, da bioquímica, das ciências básicas, mas também o que poderia ter interferido nessa alteração que o paciente apresentou, num contexto, da informação e do conhecimento das diversas síndromes.

Então ele tem que ser treinado a ler, a entender, a questionar, a não ser tão quadrado, conseguir visualizar as inúmeras possibilidades. E isso, eu gosto muito do tutorial, ele possibilita essa visualização. O PBL possibilita formular diagnósticos a partir das queixas e tentar comprovar a partir de exames complementares. Como fazer as perguntas corretas para si mesmo, quantificar, graduar as queixas e quais são as alternativas, o que se sabe e o que se tem para solucionar aquele problema. Seria o exercício de causa e consequência, além disso, correlacionar com o que pode interferir que não seja uma doença orgânica. Outra ferramenta é fazer um estudo baseado em temas que eles apresentam. Minha principal ação é ensinar para o aluno o raciocínio clínico diagnóstico, talvez a coisa mais complexa que o curso, que a Medicina toda tenha, mais empírica, que ele entenda o raciocínio correto.

A gente ensina como buscar, saber fazer a pesquisa exata, sabendo buscar nos livros, nos exercícios de fontes de pesquisa e saber se expressar. Essa competência é bem interessante, pois se a pessoa não sabe onde buscar esse conhecimento é um fator dificultador. A gente traz algumas ferramentas da leitura crítica de textos e, além disso, trabalha muito a estatística, tem que minimamente saber interpretar uma análise estatística.

5.13.3 Expressões-chave13C: relacionadas ao trabalho em grupo e estímulo à liderança

“Pois um dia você vai ter que ser um líder do grupo. Então, acho importante desempenhar esse papel.”

“Então, você trabalhar isso, sendo um líder ou não do grupo, mas trabalhar em grupo. Eu acho que essa é uma visão que a gente procura passar.”

“Saber colocar para um grupo de profissionais ou mesmo para o paciente esse problema. Saber se expressar muito bem.”

“Esse saber trabalhar em grupo, saber trabalhar em equipe é bem exercitado[...] esse método pode ser abordado na sala de aula tendo como pano de fundo a fisiologia.”

“Eles verem todo funcionamento da equipe de saúde e o papel de cada pessoa. Eu acho que isso é uma ferramenta importante, pois vão ver como isso vai funcionar independente da especialidade que fizer.”

5.13.3.1 DSC13C

Eu acho que essa é uma visão que a gente procura passar, inclusive na sala de aula o saber trabalhar em equipe é bem exercitado e você trabalhar isso, sendo um líder ou não do grupo, mas trabalhar em grupo. Além disso, ser um líder do grupo, desempenhar esse papel, pois um dia você vai ter que ser um. Saber colocar para um grupo de profissionais ou mesmo para o paciente, saber se expressar muito bem. Como por exemplo, verem todo funcionamento da equipe de saúde e o papel de cada pessoa. Eu acho que isso é uma ferramenta importante, pois vão ver como isso vai funcionar independente da especialidade que fizerem.

5.13.4 Expressões-chave13D: relacionadas a atividades práticas

“[...] eu parto do princípio que a gente só se interessa se tiver uma utilidade prática.”

“Mas busca expor o aluno a vários tipos de situações, ele passa pela enfermaria, passa pelo CMUM, passa por vários ambulatorios, busca expor o aluno a varias situações que ele tem que fazer esse raciocínio.”

“Sem treinar anamnese ninguém aprende”

“E a gente tem uma preocupação não só com a anamnese, mas com a habilidade de comunicação, como abordar o paciente, como tratar os pacientes mais difíceis, os pacientes introspectivos, ou o oposto disso prolixos, quer dizer a maneira com que o aluno é preparado para poder lidar com essas situação.”

“[...] eles vão ao hospital e colhem história com o paciente.”

“A gente tem as práticas na pediatria mesmo e a gente tem algumas situações que no hospital a gente acaba vivenciando bastante.”

“Acho que o aluno tem que estar junto ali na prática, sentir o problema a dificuldade para daí, depois que ele fez a anamnese a gente mostra como ele deveria ter feito”

Acho que a Medicina de Família, estar atendendo na atenção primária, faz com que o aluno, primeiro, se depare com várias situações diferentes.”

“Então é um cenário, um campo de ensino e aprendizagem muito fértil, você nunca sabe qual é o paciente que você vai atender tanto com o aluno do 3º período quanto com o aluno mais adiantado 8º período, então, eles acabam se deparando com os desafios da profissão médica logo cedo e isso é muito interessante.”

“Essa coisa da longitudinalidade, deles poderem ver os pacientes varias vezes.”

“Discutir várias possibilidades e colocar ali o que poderia fazer em varias situações.” “Ver a parte prática e discutir com a equipe, isso é muito importante.”

“Acho que a inserção em um sistema que eles vão estar inseridos.”

“O exame especializado, ele tem que saber o exame físico geral e vai desenvolve o exame físico especializado. As habilidades para resolver as condições especializadas.”

“Mas não somente a teoria, ele teria que ter uma prática mais completa.”

“E aí claro, poderia colocar a abordagem familiar, abordagem do paciente como um todo, são coisas que a gente usa na Medicina de família, mas tudo isso a gente faz a partir da prática.”

“E as maneiras de examinar [...] ”

“O Internato em Clínica Médica se supõem que já conheçam isso, aí o ensinamento é outro, eles passam a ter a responsabilidade do diagnóstico, da atenção ao doente. De conversar com o doente, fazer o diagnóstico, pedir os exames e tratar. E aí a gente dedica essa parte do aprendizado a relação médico paciente, como é que se comportam, o comportamento com o cliente.”

“Na disciplina em si a gente trabalha primeiro a importância do aluno criar vínculo com a família. Segundo a importância dele se apresentar quando vai examinar o paciente.”

“A gente busca durante a aula trazer informações do relacionamento. O que aconteceu com o paciente, com a família [...] ”

5.13.4.1 DSC13D

Sem treinar anamnese ninguém aprende, não somente a teoria, ele teria que ter uma prática mais completa. Devemos expor o aluno a vários tipos de situações, como enfermaria, CMUM, ambulatorios, nas quais ele tenha que fazer esse raciocínio, ou seja, a maneira com que o é preparado para poder lidar com as situações. Além disso, as maneiras de examinar, ele tem que saber o exame físico geral e vai desenvolver o exame físico especializado.

Acho que estar atendendo na atenção primária, faz com que o aluno, primeiro, se depare com várias situações diferentes é um cenário, que você nunca sabe qual é o paciente que você vai atender tanto com o aluno do 3º período quanto com o aluno mais adiantado 8º período, então, eles acabam se deparando com os desafios da profissão médica logo cedo e isso é muito interessante, além disso tem a longitudinalidade, eles podem ver os pacientes várias vezes. E aí claro, poderia colocar a abordagem familiar, abordagem do paciente como um todo, discutir com a equipe, são coisas que a gente usa na Medicina de família, mas tudo isso a gente faz a partir da prática e com a participação em um sistema que eles vão estar inseridos.

Na Disciplina em si a gente trabalha primeiro a importância do aluno criar vínculo com a família. Segundo a importância dele se apresentar quando vai examinar o paciente. A gente busca durante a aula trazer informações do relacionamento. O que aconteceu com o paciente, com a família. No Internato em Clínica Médica se supõem que já conheçam isso, aí o ensinamento é outro, eles passam a ter a responsabilidade do diagnóstico, da atenção ao doente. De conversar com o doente, fazer o diagnóstico, pedir os exames e tratar. E aí a gente dedica essa parte do aprendizado a relação médico paciente, como é que se comportam, o comportamento com o cliente.

5.13.5 Expressões-chave13E: relacionadas a atividade prática que deve acontecer após término das teoria

“Eu continuo pensando que o curso de Medicina deveria ter mais tempo para o conhecimento teórico, porque ensinar prática para quem não conhece teoria é difícil. Primeiro tem que conhecer, depois aprende a fazer.”

“Agora está sendo ensinado paralelamente, outrora, no meu tempo, nós só íamos ter a anamnese no terceiro ano. Primeiro e segundo ano era exaustivamente parte básica, biofísica, bioquímica, histologia[...] Agora não, ele já vai junto, então ele fica com o conhecimento fragmentado e não recebe o conhecimento total.”

5.11.5.1 DSC13E

Eu continuo pensando que o curso de Medicina deveria ter mais tempo para o conhecimento teórico, porque ensinar prática para quem não conhece teoria é difícil. Primeiro tem que conhecer, depois aprende a fazer. Agora está sendo ensinado paralelamente, outrora, no meu tempo, nós só íamos ter a anamnese no terceiro ano. Primeiro e segundo ano era exaustivamente parte básica, biofísica, bioquímica, histologia. Agora não, ele já vai junto, então ele fica com o conhecimento fragmentado e não recebe o conhecimento total.

5.14 IC14: OS PROFESSORES PRECISAM SER MAIS BEM CAPACITADOS QUANTO AOS MÉTODOS DE ENSINO

5.14.1 Expressões-chave14

“Perguntei para os alunos e estão ensinando como antigamente. Mas ninguém questiona se traz algum benefício. O que está faltando em nossa faculdade é isso esquecem o que realmente tem evidência (em relação ao exame físico).”

“Eu acho que primeiro, uma parte um tanto quanto teórica que acho que é muito preceptor dependente.”

“Acho que está na hora de revisar essas competências todas. Apesar de ser feito quase todo ano a nossa disciplina precisa que todo mundo sente e discuta o que o aluno precisa saber ao final do curso de Neurologia. E por tudo em verbo. Precisa realizar [...] ”

“[...] tinham que ter uma lista de conhecimentos básicos que tinham que ser enfaticamente martelados [...]”

“Isso às vezes é difícil para o professor regular do curso de Medicina, que não sabe o que é competência. Eu teria como aplicar isso na disciplina, mas tem outros médicos que não tem a menor noção do que é isso. Isso passa inclusive por

capacitação dos professores. Para fazer isso o curso de Medicina teria que ter 20 alunos.”

“Eu acho que isso é importante, acho que a disciplina deveria ter seu *check-list* para ver se o aluno está cumprindo ou não.”

“Se tivesse um rol de ferramentas disponíveis e um fluxograma seria mais fácil, pois é muito preceptor dependente.”

5.14.1.1 DSC14

Às vezes, é difícil para o professor regular do curso de Medicina, que não sabe o que é competência, mas está na hora de revisar essas competências todas. Apesar de ser feito quase todo ano a nossa disciplina precisa que todo mundo sente e discuta o que o aluno precisa saber ao final do curso. Perguntei para os alunos e estão ensinando como antigamente. O que está faltando em nossa faculdade é isso, esquecem o que realmente tem evidência. Tinham que ter uma lista de conhecimentos básicos que tinham que ser enfaticamente martelados. Eu acho que isso é importante, acho que a disciplina deveria ter seu *check-list* para ver se o aluno está cumprindo ou não e a ter um rol de ferramentas disponíveis e um fluxograma pois isso é muito preceptor dependente.

5.15 IC15: O CURSO É FRAGMENTADO, COM ESCASSEZ DE ATIVIDADES PRÁTICAS.

5.15.1 Expressões-chave15

“O que eu acho que é uma questão que pode ser bem trabalhada é o treinamento prático, que às vezes, a gente percebe que ele não é o ideal por falta de campo de estágio, por falta de doente com aquelas doenças no momento da aula prática.”

“Eu não sei se está sendo desenvolvido com todo o potencial que tem, pois falta deixar isso mais homogêneo. Ter uma ideia de começo, meio e fim. O que cada um tem que fazer no seu semestre, o que os alunos já sabem, o que dever ser abordado daqui para frente ou continuado.”

“Então a gente inicia isso e o que me preocupa é que talvez não haja continuidade de fazer uma anamnese que o paciente possa expressar, não só a história médica propriamente dita, mas os seus anseios, suas angustias.”

“O ideal seria fazer em ambulatório, mas operacionalmente é complicado. Mas eu não conheço o que eles fazem nos outros períodos.”

“Eu tenho impressão que é muito focado. Se estão com cardiologista ele ensina a fazer ausculta do precórdio, e assim vai, pedacinhos. E voltamos ao velho erro de ver o paciente em pedacinhos.”

“Para você ter uma ideia, a Medicina de Família, o Programa de Saúde da Família, que o médico é aquele que vê o paciente como um todo falta candidatos. Todos querem ser especialistas.”

“Mas se você tirar uma fotografia ainda é uma coisa muito irregular. Você não consegue fazer isso de uma forma linear e mesmo dentro de determinados períodos a gente tem solavancos aí. Mas acho que a gente já se aproximou mais do ideal do que estávamos uns anos atrás. Isso é um processo (em relação ao trabalho em grupo).”

“[...] porque se existe uma disciplina que vai transcender todas as disciplinas é a Medicina de família, Medicina geral comunitária, tentar fazer uma comunicação entre toda essa fragmentação.”

“E o exame físico tem que ser desenvolvido durante todo o curso.”

“Ele deveria desenvolver, mas se ele tivesse um estágio mais longo que pudesse realmente se sentir médico do paciente. Aí ele teria o que? A Residência. O doutorando não. Em alguns serviços os residentes atendem o paciente e o doutorando é um mero puxador de papéis. Por outro lado os professores se distanciam cada vez mais dos cursos de graduação, principalmente os mais doutos.”

“Na verdade, meu filho, é uma semana. Acha que consigo trabalhar isso? Mas eles veem eu brincando, o examezinho, mais ou menos assim. Quando o paciente retorna ele nem mais está.”

“Para você poder ensinar direito, a primeira coisa que precisa é ganhar bem, para valorizar seu emprego e perder seu emprego se não tiver ensinando bem.”

“E ele vai atender no posto de saúde, ou na sua especialidade, ele vai ver pacientes com problemas que ele nem imagina que existam, mas não teve tempo de trazer para eles.”

“Acho que a velha noção que o especialista é melhor que o generalista. Isso a gente vê na população e mesmo dentro da classe médica.”

5.15.1.1 DSC15

Uma questão que pode ser bem trabalhada é o treinamento prático, que às vezes, a gente percebe não ser o ideal; por falta de campo de estágio; por falta de doente e porque quando o paciente retorna o aluno nem está mais lá. O ideal seria fazer a prática em ambulatório, mas operacionalmente é complicado. Ele deveria desenvolver (competências), mas se ele tivesse um estágio mais longo que pudesse realmente se sentir médico do paciente. E quando for atender no posto de saúde, ou na sua especialidade, vai ver pacientes com problemas que ele nem imagina que existam, mas não teve tempo de trazer para eles. Em alguns serviços os residentes atendem o paciente e o doutorando é um mero puxador de papéis. Além disso, os professores se distanciam cada vez mais dos cursos de graduação, principalmente os mais doutos.

Eu não conheço o que eles fazem nos outros períodos, ter uma ideia de começo, meio e fim. O que cada um tem que fazer no seu semestre, o que os alunos já sabem, o que dever ser abordado daqui para frente ou continuado. Então a gente inicia isso e o que me preocupa é que talvez não haja continuidade de fazer uma anamnese que o paciente possa expressar, não só a história médica propriamente dita, mas os seus anseios, suas angustias e o exame físico tem que ser desenvolvido durante todo o curso. Eu não sei se está sendo desenvolvido com todo o potencial que tem, pois falta deixar isso mais homogêneo. Mas se você tirar uma fotografia ainda é uma coisa muito irregular. Você não consegue fazer isso de uma forma linear e mesmo dentro de determinados períodos a gente tem solavancos aí.

A gente já se aproximou mais do ideal do que estávamos uns anos atrás, mas a tenho impressão que ainda é muito focado. Tenho a impressão que se estiverem com cardiologista ele ensina a fazer ausculta do precórdio. E voltamos ao velho erro de ver o paciente em pedacinhos. Para você ter uma ideia, a Medicina de Família, o Programa de Saúde da Família, que o médico é aquele que vê o paciente como um todo, faltam candidatos, se existe uma disciplina que vai transcender todas as disciplinas é a Medicina de família, Medicina geral comunitária, tentar fazer uma comunicação entre toda essa fragmentação, mas todos querem ser especialistas.

Acho que a velha noção que o especialista é melhor que o generalista. Isso a gente vê na população e mesmo dentro da classe médica.

5.16 IC16: A UNIVERSIDADE DEVE INVESTIR NO PROFESSOR

5.16.1 Expressões-chave16

“Eles tentaram entrar com a história do PBL, mas quando começaram, achei que as coisas poderiam ir bem. Mas foi castrado pelo dinheiro, então, os tais tutores, a presença do professor com tempo para dispor para o aluno, isso é muito importante.”

“Está longe (o professor) de trabalhar na composição de um currículo, ou que sejam observados as competências que possa servir a sua disciplina.”

5.14.1.1 DSC16

Eles tentaram entrar com a história do PBL, mas quando começaram, achei que as coisas poderiam ir bem. Mas foi castrado pelo dinheiro, então, os tais tutores, a presença do professor com tempo para dispor para o aluno, isso é muito importante. Para você poder ensinar direito a primeira coisa que precisa é ganhar bem, para valorizar seu emprego e perder seu emprego se não tiver ensinando bem. Além disso, está longe dele (o professor) trabalhar na composição de um currículo, ou que sejam observadas as competências que possa servir à sua disciplina.

5.17 IC17: AS ATIVIDADES DEVEM TER UM NUMERO RESTRITO DE ALUNOS PARA QUE DESENVOLVA AS COMPETÊNCIAS, PRINCIPALMENTE, AS PESSOAIS

5.17.1 Expressões-chave17

“A gente precisa ter grupos pequenos para que possa pegar um a um e moldar, não só no aspecto técnico, mas como médico. A postura de médico.”

“Então a Universidade pelo número de alunos não tem como proporcionar e lidar com todas as competências que exigiria.”

“Outra é o fato de agente ter poucos alunos, fazer com que o aluno atenda sozinho ou com mais de uma pessoa, você consegue avaliar um pouco melhor como aquela pessoa é, se está atendendo, se tem alguma dificuldade técnica.”

“Mas essa questão pessoal tem que ser treinada também dentro de qualquer curso na área da saúde. Falha muito a gente não ter esse contato mais individualizado com os alunos. Para você treinar esse tipo de competência você tem que ter um contato direto, mas num grupo de 10 alunos fica muito difícil o professor treinar isso com cada um.”

“Acho que o que atrapalha é essa massificação. Uma sala muito grande, você não conhece o aluno pelo nome. Isso é terrível, ele passa a ser um número de chamada [...]. É massificado e ele massifica.”

5.17.1.1 DSC17

As atividades devem ter um numero restrito de alunos para que desenvolva, principalmente, as competências pessoais, para que possa pegar um a um e informar, moldar e discutir não só no aspecto técnico, mas a postura de médico. Então a Universidade pelo número de alunos não tem como proporcionar e lidar com todas as competências que exigiria. Falha muito a gente não ter esse contato mais individualizado com os alunos, o que atrapalha é essa massificação. Uma sala muito grande, você não conhece o aluno pelo nome. Isso é terrível, ele passa a ser um número de chamada. Para você treinar esse tipo de competência (referentes à relação médico-paciente) você tem que ter um contato direto. Quando agente tem poucos alunos e faz com que ele atenda sozinho ou com mais uma pessoa, você consegue avaliar um pouco melhor como aquela pessoa é, se está atendendo, se tem alguma dificuldade técnica.

5.18 IC18: A UNIVERSIDADE TAMBÉM DEVE ESTAR VOLTADA PARA A FORMAÇÃO PESSOAL

5.18.1 Expressões-chave18

“Porque ele entra na faculdade com essa ideia que ele vai ter esse papel, mas talvez a faculdade não forme. E ao longo dos seis anos ou ao final dos seis anos, ele saia um pouco frustrado inconscientemente que ele não viu ser preparado para essa

questão do papel sociológico dele. E isso tem, de alguma maneira, colocado em cheque os valores do médico na sociedade.”

“Poxa quer coisa mais bacana que a gente pode ter e talvez, talvez não, estou convencido hoje que a gente deveria ter não um espaço, mas um momento de formação ao longo dos seis anos. Aonde ele fosse defrontado com situações que ele tivesse que se confrontar com isso. Um eixo humanístico consistente, mas isso não existe. Existem momentos, existem profissionais que destacam isso, mas não existe no currículo médico um eixo que trabalhasse esses valores consistentemente.”

“[...] educação e ética de contato com paciente que a escola de Medicina esta perdendo. Não estão ensinando isso.”

“Então eu acho que também é nossa (o ensino de questões éticas e pessoais). E quer queira ou não, os professores são modelos.”

“A faculdade tem que trabalhar o respeito do profissional, o respeito pelo paciente, pelo profissional, tem que trabalhar muito. Eu acho que a faculdade, os professores, tem que estimular.”

“A família molda e depois tem a escola, com o ensino fundamenta e médio e então nós os recebemos. Nós vamos dando o acabamento final.”

“Então se divide em educação de berço, família, educação do ensino fundamental e médio e aí nós damos o acabamento final; nós polimos.”

“Acho que a questão do aluno, durante a faculdade que não lida com essa parte psicológica dessa transformação de um menino que esta entrando e um médico que esta saindo. Essa responsabilidade sem ser tão pomposo e ter tanto distanciamento. As vezes a gente tenta trabalhar isso no estagio com os alunos.”

“[...] esses atributos de empatia, de se colocar no lugar de paciente está em muitas vezes fragilizados e pedindo a sua ajuda é uma competência essencial, e muitas vezes não é uma competência trabalhada na estrutura curricular em si, fica mais na percepção individual de cada um, e quem tem uma inclinação para percepção maior para perceber isso.”

“[...] eu acho que esse é o desafio da escola de Medicina, ter pessoas com perfis completamente diferentes mas que você tem que ter um padrão de formação mínimo e adequado para formar um bom médico, independente da personalidade do indivíduo.”

“Outra competência que eu gostaria de enfatizar, a gente vê muitas competências que os alunos sentem falta. Por exemplo, a competência para lidar

com situações éticas. Quando um paciente morre, quando um paciente vai mal, quando uma família entra em conflito com o médico, quando há um suicídio[...] ”

“O que eu sempre friso para os alunos é que algumas características que ele precisa ter como médico que não são na verdade a faculdade que vai trazer. A gente não vai conseguir ensinar todos os valores médicos na Universidade.”

5.18.1.1 DSC18

A faculdade tem que trabalhar muito o respeito do profissional e o respeito pelo paciente. Eu acho que a faculdade e os professores, tem que estimular, pois quer queira ou não, os professores são modelos. Outra competência que a gente vê os alunos sentirem falta é competência para lidar com situações éticas, quando um paciente morre; quando um paciente vai mal; quando uma família entra em conflito com o médico; quando há um suicídio; esses atributos de empatia de se colocar no lugar do paciente que está, muitas vezes, fragilizado e pedindo a sua ajuda. É uma competência essencial, e muitas vezes não é uma competência trabalhada na estrutura curricular em si, fica mais na percepção individual de cada um, e com quem tem uma inclinação maior para a percepção disso.

Porque ele entra na faculdade com essa ideia que vai ter esse papel, mas talvez a faculdade não forme e ao longo dos seis anos ou ao final dos seis anos, ele saia frustrado, pois não foi preparado para essa questão do papel sociológico dele. A faculdade não lida com essa parte psicológica dessa transformação de um menino que esta entrando e um médico que esta saindo. Mas, às vezes, a gente tenta trabalhar isso no estagio com os alunos, uma responsabilidade sem ser tão pomposo e ter tanto distanciamento.

E isso tem, de alguma maneira, colocado em cheque os valores do médico na sociedade. Estou convencido hoje que a gente deveria ter não um espaço, mas um momento de formação ao longo dos seis anos. Um eixo humanístico consistente, mas isso não existe. Existem momentos, existem profissionais que destacam isso, mas não existe no currículo médico um eixo que trabalhe esses valores consistentemente, a educação e a ética do contato com paciente, que a escola de Medicina esta perdendo, não estão ensinando isso.

E esse é o desafio da escola de Medicina, ter pessoas com perfis completamente diferentes, mas que você um padrão de formação mínimo e

adequado para formar um bom médico, independente da personalidade do indivíduo. A família molda e depois tem a escola, com o ensino fundamental e médio e então nós os recebemos e vamos dando o acabamento final; então isso se divide em educação de berço, família, educação do ensino fundamental e médio e aí nós damos o acabamento final; nós polimos. Sempre friso para os alunos que algumas características que ele precisa ter como médico não é, na verdade, a faculdade que vai trazer. A gente não vai conseguir ensinar todos os valores médicos na Universidade.

5.19 IC19: O CURSO DE MEDICINA PODE NÃO CONSEGUIR FORMAR O ALUNO DE MANEIRA ADEQUADA

5.19.1 Expressões-chave19A: relacionadas a formação insuficiente do modelo atual

“Se você ver o recém-formado e for fazer uma lista do que ele precisa estar sabendo, às vezes a gente se questiona, se o mínimo ele está saindo sabendo.”

“[...] até por que alguns alunos eu não deveria ter recebido daquela forma. E você não consegue segurar esse aluno e ele vai passar e se formar, mas não tem capacidade para fazer um tratamento. Isso é uma coisa a ser avaliada em como detectar essas falhas antes. Mas acho que avaliar um pouco mais essa questão da competência. Será que se a gente tivesse um instrumento mais competente nesse sentido a gente não seria mais bem sucedido como instituição educadora?”

“Saber perceber a ausência de alguma competência ou de alguma dificuldade é um grande trunfo. Quando o aluno consegue ter consciência disso é muito importante.”

“Mas acho que é pouco, tinha que ter esse patrulhamento dos estudantes até o último dia do curso.”

5.19.1.1 DSC19A

Se você fizer uma lista do que o recém-formado precisa estar sabendo, às vezes a gente se questiona, se o mínimo ele está saindo sabendo. Alguns alunos eu não deveria ter recebido daquela forma. E você não consegue segurar esse aluno e ele vai passar e se formar. Tinha que ter um patrulhamento dos estudantes até o

último dia do curso. Saber perceber a ausência de alguma competência ou de alguma dificuldade é um grande trunfo e quando o aluno consegue ter consciência disso é muito importante. Será que se tivesse um instrumento mais competente nesse sentido a gente não seria mais bem sucedido como instituição educadora?

5.19.2 Expressões-chave19B: relacionadas a necessidade de uma complementação do ensino

“Acho que o curso de Medicina deveria ser assim, os primeiros 6 anos, e teria um sétimo ano, a exemplo do Direito, seria numa área específica.”

“Eu acho que o curso de Medicina não tem como dar isso para ele. Precisaria ter Residência Médica. Ou um curso maior para que ele possa ter a prática no exercício. Pois eles não fazem, eles acompanham.”

5.19.2.1 DSC19B

Eu acho que o curso de Medicina não tem como dar isso para ele. Precisaria ter Residência Médica. Ou um curso maior para que ele possa ter a prática no exercício. Pois eles não fazem, eles acompanham. Acho que o curso de Medicina deveria ser assim, os primeiros 6 anos, e teria um sétimo ano, a exemplo do Direito, seria numa área específica.

5.20 DISCURSOS MARGINAIS: A INFLUÊNCIA DO ESTADO NA GRADUAÇÃO

5.20.1 Discurso Marginal1

“E essas coisas que o governo impõem que temos que formar médicos para o SUS[...] Ou ele vai melhorar o SUS, para dizer agora sim, estamos formando médicos. Porque o SUS não é padrão, não é?”

5.20.2 Discurso Marginal2

“Os princípios do SUS acabam trabalhando muito com os princípios que a gente acaba achando fundamentais para um bom médico, como essa noção de justiça, de equidade, de ser um sistema universal que atenda a todos e que tenha o

que a gente considera que seja essencial para um ser humano. Então, isso é um processo, sempre aliado as diretrizes curriculares. Acho que nossa diretriz curricular é muito boa, muito flexível, ela não engessa. O pessoal fala muito de formar mão de obra para o SUS, dando impressão que o governo quer forçar isso. Eu tenho outra leitura. O SUS é o grande empregador do jovem profissional, então ele tem que estar preparado para trabalhar nesse meio. Essa questão muitas vezes é entendida como uma tendência, a formar médico para o SUS.”

6 DISCUSSÃO

A discussão apresenta como referencial as competências, habilidades e atitudes descritas nas Diretrizes Nacionais Curriculares para o curso de Medicina, bem como o referencial teórico a respeito de competências e a partir disso, são realizadas as considerações sobre as dezenove Ideias Centrais e os seus respectivos conteúdos extraídos dos Discursos docentes.

Para organizar a discussão agrupou-se os resultados em 8 grandes Categorias, a saber:

Quadro 3 - Categorias e respectivas ideias centrais e competências correspondentes nas DCN

Categoria	Ideia Central	DCN
A concepção de competência para o egresso do curso de Medicina	IC1; IC 12	III, V, VI, 1, 2, 3
O papel social, a ética e a atitude	IC3; IC4; IC5	XX, 1, 3
O conhecimento	IC6; IC7	X; 6
A anamnese e o exame físico	IC8; IC9	I, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, XI
O raciocínio clínico	IC10	VI, VII
Dificuldades apresentadas pelos alunos	IC11; IC12	III, V, XX, 1, 3
As ferramentas utilizadas pelas Disciplinas	IC13; IC14	III, II, V, XV, XXI, 1, 4
A Universidade, o Estado e o curso de Medicina na formação do médico	IC15; IC16; IC17; IC18; IC19; Discursos Marginais	III, XIV, 1, 3

Fonte: o autor, 2012.

6.1 A CONCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA PARA O EGRESSO DO CURSO DE MEDICINA.

As Ideias Centrais correspondentes às concepções de competências e seus aspectos pessoais e profissionais são:

- a) IC1: A competência associa elementos profissionais com pessoais.
- b) IC2: Os elementos mais importantes da competência podem ser pessoais ou profissionais.

Os Discursos que contem essas ICs contemplam as seguintes competências, habilidades e atitudes das DCN:

- a) 3- Comunicação
- b) III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

- c) V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- d) VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- e) 1- Atenção à Saúde
- f) 2- Tomada de decisões

Optou-se por não perguntar diretamente qual o conceito de competência, deixando a interpretação do conceito livre e a partir dos relatos sobre a mesma podemos observar que alguns elementos conceituais quanto ao tema estavam presentes. Ao estudar a organização curricular baseada em competência, Santos (2011) descreve seis dimensões da competência, são elas, cognitiva, técnica, relacional, afetiva, integrativa e contextual. Ao sintetizar o conceito de competência, o Discurso cita as dimensões, cognitiva e técnica “[...] o raciocínio clínico e o conhecimento científico e teórico de base; aliados a competência do conhecimento da ética.” (DSC), “as habilidades, a destreza no examinar” (DSC), “Para que o aluno consiga realizar o diagnóstico, a investigação propedêutica, e daí o tratamento.” (DSC); a dimensão relacional “Então tem esse tripé que é a competência/habilidade de comunicação [...]” (DSC), dimensão afetiva “aliados a competência do conhecimento da ética” (DSC), “a experiência e a questão pessoal” (DSC); a dimensão integrativa “[...] o raciocínio clínico e o conhecimento científico e teórico de base; aliados a competência do conhecimento da ética” (DSC) e acrescenta uma dimensão reflexiva “no entanto sem nunca deixar de duvidar de si mesmo.” (DSC). Pode-se então concluir que o conceito do Discurso associa conhecimentos, habilidades e atitudes, numa perspectiva associada à atividade prática e reflexiva. Desse modo tanto competências pessoais quanto profissionais estão presentes.

Nesse sentido, Santos (2011, p. 90) destaca que:

Considero como competência geral no curso de graduação em Medicina a atenção integral à saúde em nível individual e coletivo. Conhecimentos, habilidades e atitudes devem ser entendidos como elementos constitutivos da competência, que devem ser integrados em competências específicas que darão suporte à prática eficiente e efetiva da competência geral mencionada acima, considerado um dado contexto do exercício profissional.

Os Discursos apontam para uma atenção integral como um objetivo dentro das competências e habilidades. Interessante o enfoque de Santos (2011) que destaca esse ponto como norteador das outras competências.

Não existe um Discurso que desabone as características pessoais ou as competências técnicas, uma em detrimento da outra, mas há uma complementaridade e situação nas quais as questões pessoais ou as técnicas possam, sobressair. Dentre as competências pessoais, o respeito e o comprometimento parecem ser uma espécie de “mola propulsora” para o exercício profissional e do ponto de vista técnico o conhecimento e a sua prática.

O compromisso e o respeito são elementos extremamente associados à ética, ao eixo humanístico longitudinal e é uma ferramenta importantíssima. Além do citado pelo Discurso, Carneiro et al. (2010, p. 419), ao estudar o ensino da ética nos cursos da área da saúde revelam:

[...] a importância da transversalidade no ensino da ética; a influência da estrutura curricular e diretrizes no ensino, com destaque para a discussão sobre as metodologias ativas. Além disso, a importância da aproximação da ética com as ciências humanas e do docente como modelo.

Desse modo é apresentado um conceito que evidencia a prática como objetivo primordial, no entanto a partir do desenvolvimento de características pessoais que propiciem, não somente, o exercício adequado das competências profissionais, mas também uma constante revisão (reflexão) sobre a sua atuação.

6.2 O PAPEL SOCIAL, A ÉTICA E A ATITUDE.

O papel social, a ética, a atitude e o amadurecimento são expostos nas Ideias Centrais:

- a) IC3: O médico deve ser ético, compreender seu papel social e a realidade do paciente, sendo que as disciplinas devem estimular isso;
- b) IC4: O médico deve ter uma atitude adequada que deve ser desenvolvida durante sua formação;
- c) IC5: O modelo demonstrado pelo professor influencia o aprendizado do aluno.

As competências das DCN que apontam para os Discursos dessas ICs são:

- a) 1- Atenção a Saúde: [...] dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da

atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

- b) 3- Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- c) XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde.

A ética e a atitude parecem ser elementos norteadores que perpassam todo o curso e estiveram presentes na maioria dos discursos docentes, tendo sido um dos DSCs mais consistentes.

Desde o início do curso, a ética e a atitude fazem parte dos cenários de ensino: “exigir uma postura médica, numa aula teórica e mais para frente com o paciente, pois ele vai se acostumando a tê-la” (DSC); “[...] se ele mostra educação dentro da sala de aula e respeito, ele vai fazer com o paciente” (DSC). As formas de trabalhar essas questões variam desde a apresentação do código de ética médica, até a sua discussão na prática. No entanto, além dos ambientes de ensino o Discurso aponta para o papel da família: “Acho que ética é uma coisa universal você aprende respeito na sua casa, dentro da sala de aula e com o paciente” (DSC). Desse modo, não somente a academia, mas também a família é tida como responsável pelo desenvolvimento da ética dos alunos.

Quanto ao ensino da ética e das atitudes, Novaes et al. (2010) sugerem que se realize a aprendizagem ético-clínica (estimulando a discussão interdisciplinar de casos) a partir de tutoriais com a inserção de problemas éticos, métodos audiovisuais que gerem reflexão e comentários de notícias e fatos da imprensa.

Carneiro et al. (2009, p. 418) ao realizarem uma pesquisa sobre os artigos brasileiros referentes o ensino da Ética na graduação em saúde apontam que “[...] houve dispersão entre os temas: moral, ética e valores; a ética como senso crítico, autonomia e ética como fator de humanização das relações.” Desse modo, diferencia o aspecto normativo (moral) do aspecto relacional e reflexivo (ética). Destaca a ética num processo de autonomia e crítica.

Quanto à atitude, a partir do conceito de competência, pode-se compreendê-la como sendo as habilidades afetivas (COLARES et al., 2009). Nesse sentido, Lambert e Lambert (1972, apud COLARES et al. 2002, p. 195) corroboram afirmando que atitude é “uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir em relação a pessoas, grupos, questões sociais ou, mais genericamente, a qualquer acontecimento ocorrido no meio circulante”.

No Discurso docente, a ética, a moral e as atitudes muitas vezes se confundem, no entanto consegue-se notar que esses três elementos estão presentes. Vale ressaltar, que as atitudes e a ética, tendem a ser descritas num contexto de moral e valores, ou seja, “essa norma tem que ser cumprida” (DSC); “aprender seria o código de ética médica” (DSC); “deveria ter uma cobrança, uma norma, vamos colocar entre aspas um ‘uniforme’” (DSC); “O mínimo é exigir uma postura médica[...]” (DSC). Ou seja, uma visão que se distancia do conceito de ética dentro de um processo de autonomia e desenvolvimento crítico como apontam Carneiro et al. (2009). No entanto, isso contrasta com a própria Instituição, que tem como um dos objetivos em relação ao discente:

levar os educandos a apostarem no valor do ser em face do ter, buscando o sentido da vida na esperança, na solidariedade, na responsabilidade, na liberdade, na justiça, na consciência crítica, no trabalho criativo, na interioridade, na reconciliação e na paz (JULIATTO, 2008, p. 52).

Por outro lado há também uma correlação das atitudes que podem estar dentro de um aspecto relacional: “[...] comportamento frente ao paciente, em relação à família, o jeito que vai lidar eticamente, ou seja, o seu comportamento” (DSC); “tem que ser rígido sem austeridade.” (DSC).

A atitude como uma visão de habilidade afetiva (COLARES et al. 2009) é descrita, no Discurso, como “importância social” que envolve “[...] entender a responsabilidade de lidar com a vida, pois talvez algo que você fale vá fazer a família ponderar coisas futuras” (DSC). Assim sendo, notam-se diferentes concepções de ética e atitude, sem ter como foco principal a problematização, de forma que os principais verbos utilizados nos Discursos são aprender, lidar, entender entre outros; ao invés de discutir, problematizar e criticar que demonstrariam uma abordagem mais reflexiva. Nesse sentido, para Dantas e Souza (2008, p. 515):

Seria louvável se as escolas médicas brasileiras seguissem os modelos hipocrático de ensino da Medicina, com ênfase no exemplo ético dado pelos mestres, e socrático de educação do aluno, focado na problematização crítica, democrática e desalienante.

Entre os objetivos da competência ética, os Discursos salientam que ela deve instrumentalizar o aluno a lidar com situações de preconceito ou que causem impacto emocional tanto no médico quanto no paciente e na família, como por exemplo, numa tentativa de suicídio ou quando um paciente tem uma piora importante.

Já as DCN não especificam quais as situações éticas e colocam o tema dentro da Atenção em Saúde como uma competência geral e não específica do médico. Ao detalhar os pontos a serem trabalhados com ênfase na ética, o Discurso, aponta para situações que envolvem valores pessoais, crenças e expectativas que estão intimamente associados ao cotidiano da prática médica. Além disso, ao vincular a ética a essas situações práticas nota-se sua ligação com a comunicação e as habilidades, ou seja, ter ética ao coletar os dados, examinar e informar.

Estando o aluno cada vez mais cedo inserido nessas vivências, esses apontamentos tornam-se essenciais desde o início do curso “A primeira coisa a aprender seria o código de ética médica, como deve ser a conduta[...]” (DSC). A relevância do ensino dessas questões foi apontada por Beach et al. (2007) que ao estudarem a história clínica de alunos, observaram haver uma diferença importante, caso não fossem treinados, no relacionamento médico-paciente e na coleta de dados de pacientes com etnias e raças diferentes dos estudantes. No entanto deve extrapolar a simples memorização do código de ética como afirmam Costa e Siqueira-Batista (2004, p. 249) “[...] deve-se superar o modelo pautado na exclusiva memorização do Código de Ética Médica, almejando um novo panorama, em que os diferentes aspectos da profissão sejam problematizados [...]”.

O papel social apontado nas DCN vincula o médico às atividades de política e planejamento em saúde, sendo que isso pode ser compreendido como um papel gerencial. Essas atividades gerenciais não são explicitadas nos Discursos e o papel social corresponde à importância da sua atuação e a relação disso com o sujeito e sua família: “entender um pouco da estrutura da sociedade, como ela funciona, o que as pessoas esperam dessa relação” (DSC), algo que você fale irá fazer a família ponderar coisas futuras” (DSC), “não ver aquilo com caráter mercantilista, mas sim com caráter humanitário” (DSC). Esse mesmo ideal humanitário foi apontado como

uma característica dos alunos no início do curso: “[...] eles entram movidos pelo sonho de poder fazer diferença na vida dos outros” (DSC), mas contrasta com os apontamentos de outro Discurso “Ele vem meio amorfo, cheio de vícios e acho que o mais difícil é colocar interesse no aluno”, sendo que esse mesmo Discurso sugere que há um modelo que pode levar a isso. Quanto à importância dessas atitudes:

Para que o futuro profissional médico seja edificado com qualidade, é preciso que, além do conhecimento científico e da técnica inerentes ao processo de trabalho, sejam agregadas à prática médica atitudes humanísticas e éticas (ANDRADE, 2011, p. 523).

Pode-se relacionar a atitude com a competência geral de Comunicação das DCN, que ressalta o aspecto não verbal descrito no Discurso “Um mínimo de apresentação decente, que se apresente decentemente vestido e asseado para o paciente” (DSC), mas além desse aspecto estético destaca a atitude profissional “A apresentação e postura profissional, que influenciam no vínculo e na confiança” (DSC), “ter postura profissional sem ser pedante, sem utilizar linguagem que os outros não entendam” (DSC). A importância da estética na relação com os pacientes, os quais tendem a valorizar e confiar mais num médico com perfil mais conservador é demonstrado por:

Enfim, destaca-se que os processos de comunicação são essenciais no estabelecimento da conduta, em especial ao se considerar que, normalmente, quando chega à frente do médico, o doente se encontra em um estado emocional regressivo. Desta forma, a confiança no médico e o sucesso da terapêutica dependem de uma boa comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, incluindo-se a comunicação não verbal intrínseca à aparência do médico [...] Afinal, a comunicação não verbal transmite mensagens importantes, que devem ser decodificadas durante a formação do futuro médico (ROSSI-BARBOSA, LAR et al.; 2010; p. 367).

Assim sendo, mais do que impor, sugere-se discutir a relevância da estética e do comportamento frente ao paciente com o aluno. Outro recurso importante é o próprio professor como modelo que é, segundo o Discurso, essencial no desenvolvimento dessas atitudes. Dessa forma, além do seu discurso, a sua conduta no cotidiano com o aluno estimula o desenvolvimento das competências e habilidades “eu não posso ser do tipo, faça o que eu digo, mas, não faça o que eu faço” (DSC). Entretanto, pode servir como exemplo tanto para uma simples imposição de um comportamento, assim como para uma visão crítica. Uma

aproximação a essa visão crítica pode ser demonstrada quando os alunos "[...] veem carinho, muitas vezes aquela brincadeira e que cada um de nós tem uma forma de atendimento" (DSC), "Tem que mostrar que ele poderia utilizar outro argumento ou estratégia, não só dizer que está errado" (DSC). Dessa forma o professor como modelo pode propiciar que o aluno, a partir de sua crítica, construa suas atitudes.

Ao analisar o DSC referente ao professor como modelo, bem como o que aponta para a importância de um número restrito de alunos nas atividades, nota-se que o modelo pode servir para impor algo e, conseqüentemente, cobrar ou censurar "De algum modo o exemplo serve para que se possa cobrar depois" (DSC); "[...] para que possa pegar um a um e informar, moldar e discutir não só no aspecto técnico, mas a postura de médico" (DSC). Dessa forma, o aluno pode, tanto ser incentivado como sujeito ativo, quanto como objeto passivo na relação professor/aluno/conteúdo.

O professor como modelo extrapola as questões técnicas e abrange as competências pessoais "Então, sua postura no início; ter um horário; nos compromissos; seu programa deve ser seguido [...]" (DSC), "[...] a postura que você tem perante o aluno [...]" (DSC), "aluno vai olhar o que você está fazendo, se você está de avental, se não senta na cama" (DSC). Esses exemplos também podem ser negativos quando explicitam a displicência nas orientações aos alunos "podem dizer para o aluno fazer um Captopril e mandar embora e se der alguma coisa ele volta" (DSC).

Os exemplos negativos são justificados pela ausência de professores e por profissionais que participam na Universidade, mas não são professores. Isso demonstra que pode haver uma resistência em apontar exemplos negativos oriundos dos professores.

A importância do modelo do professor na formação médica foi estudada numa Universidade chilena e concluiu-se que os professores apresentam modelos de comportamento e conduta aos alunos, que podem ser tanto modelos negativos, quanto positivos e que isso "[...] deve levar a pensar e reconhecer que aqueles que querem ir para o ensino devem estar dispostos a serem avaliados e corrigidos, de modo a se tornar um transmissor de valores positivos (ORELLANA; URZUA; ZEPEDA, 2010, p. 205).

Destarte, as atitudes são consideradas elementos essenciais para a formação e estão presentes não somente como algo a ser alcançado, ou um desejo dos docentes, mas no cotidiano do ambiente de ensino-aprendizagem. No entanto evidencia-se um caráter predominantemente prescritivo e impositivo da ética.

Além das questões éticas, o Discurso salienta a importância de o aluno adquirir os conhecimentos necessários para a profissão médica.

6.3 O CONHECIMENTO

As Ideias Centrais intimamente relacionadas ao conhecimento:

- a) IC6: O conhecimento teórico é uma competência importante para entendimento dos processos do adoecer;
- b) IC7: A busca pelo conhecimento é uma competência que é estimulada por determinadas características do aluno.

O conhecimento e a sua busca estão associados às DCN nas competências:

- a) 6 - Educação continuada;
- b) X - exercer a Medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

O Discurso destaca a importância de conhecer o funcionamento do organismo, compreender os mecanismos que levam às doenças, tudo isso a partir de um olhar amplo. No entanto, ainda se notam conceitos herdados de um modelo fragmentado como: “O conhecimento da Medicina básica: anatomia, fisiologia, histologia, farmacologia, ou seja, todas as disciplinas básicas” (DSC), “saber localizar anatomicamente, morfológicamente a região occipital” (DSC). Esse modelo, segundo, Nogueira (2009, p. 263): “fragmentava o conhecimento por meio do estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, estimulava a especialização profissional e atendia aos interesses do complexo médico-industrial.”

O foco em um modelo que estimule a busca, o raciocínio, a crítica e a reflexão são evidenciados em: “Conhecer a fisiopatogenia[...]” (DSC), “o que significa essa pressão arterial e o que representa essa pressão arterial, o medicamento, o porquê foi utilizado, os mecanismos de ação e quais efeitos colaterais poderiam ter” (DSC), “o conhecimento teórico, fisiopatológico; o conhecimento das doenças” (DSC), “para que possa não ter isso absolutamente decorado, mas que ele entenda o porquê está

fazendo[...]“ (DSC), “precisa entender como o conhecimento se forma, como é avaliado, como é produzido e de onde vem” (DSC), “a leitura tem que ser cobrada e, além disso, a visualização crítica, a compreensão e o entendimento teórico” (DSC). Entretanto, percebe-se que essas falas estão mais associadas com a compreensão e o entendimento do que na participação do aluno na construção desse conhecimento como sugerem Pontes, Rego e Silva Junior (2006, p. 69):

Desta maneira, o professor adquire uma nova função: propiciar situações nas quais o aluno possa construir o conhecimento. O construtivismo preconiza que o aluno passe pelo processo de construção do conhecimento por meio da interação entre sujeito e objeto. E interação significa que o conhecimento se origina numa zona intermediária entre sujeito e objeto, ou seja, não se origina nem no sujeito nem no objeto. O mundo do objeto provocaria perturbações e desequilíbrios nas estruturas do sujeito, e este, por meio das ações de assimilação e acomodação, modificaria suas estruturas, produzindo conhecimento. A cada nova interação este processo continuaria, daí o termo construtivismo.

Desse modo esses autores enfatizam a importância da construção do conhecimento em conjunto com os alunos como um elemento da essencial para as transformações do ensino.

São destacadas, pelo DSC, algumas características pessoais que impulsionariam o estudante na aquisição do conhecimento, entre elas, o gostar de estudar, a curiosidade e a empatia. Uma vez que são características nas quais é pressuposto o envolvimento emocional do aluno no processo de ensino-aprendizagem a participação dele como sujeito é essencial nesse processo, reforçando a relevância do modelo construtivista nesse contexto, citando Cezar et al. (2010, p. 302):

[...] é cada vez mais necessário mudar a forma de ensinar-aprender, fazendo com que o aluno deixe de assumir um papel puramente passivo e passe, ele próprio, a construir seu conhecimento com o auxílio dos professores. Essa mudança também permite ampliar os cenários de aprendizagem, que, além da sala de aula, passam a englobar laboratórios específicos, as unidades básicas de saúde e os hospitais, ampliando o contato dos discentes com os pacientes e fazendo-os conhecer, desde o início do curso, as reais condições de saúde no País.

Nesses diferentes cenários de aprendizado, a integração entre o conhecimento teórico e a prática, são intensamente mobilizados na interação com o paciente e subsequente anamnese e o exame físico.

6.4 A ANAMNESE E O EXAME FÍSICO

As ideias centrais diretamente relacionadas à anamnese e ao exame físico são as Ideias Centrais 6 e 7:

- a) IC8: A anamnese, o exame físico e a conduta devem pautar-se numa compreensão não somente da doença, mas também do paciente como um todo que deve ser estimulada pelas disciplinas;
- b) IC9: A anamnese e o exame físico exigem competências profissionais e pessoais relacionadas a operacionalização dessa atividade e a habilidade de comunicar-se.

De acordo com essas Ideias Centrais, os Discursos destacaram os elementos biológicos e psicossociais da anamnese e as competências para sua realização, como a habilidade de comunicação e a técnica do saber fazer. Desse modo são satisfeitas as seguintes competências descritas nas DCN:

- a) I - promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus Clientes / pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- b) III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- c) IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- d) V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- e) VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- f) VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- g) VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

- h) IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos.
- i) XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

Fica exposto nesse discurso que além do aspecto biológico os docentes enfatizam uma avaliação integral do sujeito. No caso apresentado para discussão, eles destacam a importância de uma avaliação biológica minuciosa, como por exemplo: “a periodicidade; quando iniciou; se essa cefaleia era habitual que houve uma piora ou se um início apenas recente; se ele tem procurado atendimento ou se dessa vez a dor piorou muito e o impulsionou que ele tenha ido; qual a duração dela [...]” (DSC). No entanto enfoca a integralidade quando salienta que os dados do caso foram insuficientes pela: “pobreza de informações quanto a história clínica do paciente, tanto do ponto de vista clínico como psicossocial” (DSC). Aliado a isso, o momento da avaliação e da procura do indivíduo pelo cuidado médico deve contemplar tanto as suas necessidades e anseios quanto as estratégias para promoção de saúde: “a queixa que ele tem e isso é o mais importante para o paciente naquele momento, tentando entender todo contexto tentando realmente aproveitar para que possa promover uma saúde melhor” (DSC). A avaliação de determinados itens se justifica, tanto pela compreensão do sujeito, como para diagnosticar e tratar corretamente.

Ao centrar a abordagem nas reais necessidades e a partir da compreensão do sujeito, Beach et al. (2007) ao avaliarem a qualidade da história clínica em pacientes com características étnicas e raciais diferentes dos estudantes, concluíram que os pacientes eram mais bem avaliados quando o estudante era treinado na abordagem centrada na pessoa. Desse modo, demonstravam mais competência/habilidades dentro da perspectiva biopsicossocial, da compreensão do paciente como sujeito, do estímulo ao empoderamento e da responsabilização e aliança terapêutica. Dessa forma o treinamento tem um importante papel na capacitação dos alunos para abordar essas questões.

Mesmo com a evidente importância da anamnese e do exame físico o Discurso levanta que: “apesar das competências na anamnese serem coisas importantíssimas, às vezes acabam ficando num plano secundário e eu não sei o

por quê.” (DSC). Dichi e Dichi (2006) fazem uma leitura dessa situação e concluem que as principais causas para essa desvalorização são o uso indiscriminado da tecnologia “*high tech*” na busca do diagnóstico e a excessiva valorização dos aspectos cognitivos em detrimento dos atributos utilizados na compreensão do outro.

No Discurso, as competências para realização da anamnese e do exame físico envolvem os aspetos técnicos e a habilidade de comunicação, que estão relacionadas com competências profissionais e pessoais. Isso é evidenciado por Dichi e Dichi (2006, p. 96) ao destacarem a importância da relação médico-paciente: “A Atenção, o contato visual, o toque, os gestos, todos eles contribuem para que o doente perceba que há alguém preocupado com ele, tornando o relacionamento mais próximo e possibilitando a adesão ao tratamento”. Evidencia desse modo, que a comunicação envolve tanto aspectos pessoais como profissionais.

Nota-se que as competências pessoais e profissionais têm objetivos complementares quanto à habilidade de comunicação: “manter uma relação boa com o paciente e construir uma boa relação para fazer a anamnese” (DSC), “saber interpretar o que mais o corpo pode trazer de informação e não somente o que o paciente trás.” (DSC), “Um olhar humano. Gostar de pessoas e gostar de tratar e amenizar o sofrimento do outro.” (DSC) – todas essas mencionadas como competências pessoais; e as competências profissionais da habilidade de comunicação: “se comunicar com o doente no sentido de obter de maneira mais fiel possível os dados do paciente” (DSC) e “fazer com que ele possa participar da sua decisão terapêutica” (DSC). Destaca-se que componentes associados diretamente ao diagnóstico e ao tratamento estão foram referenciados dentro das competências profissionais e aqueles mais relacionados ao vínculo e a relação médico paciente às pessoais. Ao realizar a história clínica esses elementos se fundem, pois como ressaltam Turini et al. (2008, p. 269) a habilidade de comunicação objetiva tanto o desenvolvimento do vínculo como o manejo adequado:

O treinamento da comunicação com ênfase na relação médico-paciente visa desenvolver a competência do aluno em aprimorar seu vínculo com o paciente, potencializar os processos de obtenção e transmissão de informações, viabilizar o manejo do paciente de forma respeitosa e promover a adesão ao tratamento.

Uma vez que é necessário correlacionar a anamnese e o exame físico ao conhecimento com o objetivo, tanto de uma relação médico-paciente adequada, quanto um diagnóstico, surge o raciocínio clínico como um elemento fundamental nessa análise e uma competência essencial a ser desenvolvida no estudante.

6.5 O RACIOCÍNIO CLÍNICO

A Ideia Central que se refere ao raciocínio clínico é:

- a) IC10: O raciocínio clínico qualifica, correlaciona as queixas e possibilita o diagnóstico e condutas adequados, num aprimoramento constante.

O DSC elaborado contém as seguintes competências presentes nas DCN:

- a) VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- b) VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

Os elementos relacionados ao conhecimento e aos fatores biopsicossociais na compreensão do indivíduo são enfocados nos tópicos de Conhecimento e Anamnese e o Exame Físico, sendo que neste item (raciocínio clínico) o foco é na articulação desses saberes e, como aponta Kassier (2010), num processo que envolve tanto processos intuitivos quanto analíticos.

No Discurso, o raciocínio clínico é apontado como um elemento central: “O raciocínio clínico é fundamental” (DSC), “quando as pessoas são puxadas para o atendimento em si, na habilidade e não no raciocínio podem ficar muito próximas do erro” (DSC) e uma competência responsável por associar os dados coletados com o conhecimento, a fim de realizar um diagnóstico e tratamento adequados. Nesse sentido Windish et al. (2005, p. 1111) estudaram a correlação entre a comunicação e o raciocínio clínico e sugerem que: “Ensinar a ligação entre comunicação e raciocínio clínico juntos permite aos alunos compreender a importante relação entre os aspectos biomédicos e psicossociais de assistência ao paciente.” De acordo com o trabalho desses autores quando os alunos são capacitados nessa correlação há

uma melhora significativa da história clínica, principalmente quanto a coleta de dados psicossociais.

Para o Discurso, o estímulo ao desenvolvimento do raciocínio deve ser realizado desde o início da graduação, ressaltando a importância da contextualização do conhecimento aos aspectos práticos e a anamnese e o exame físico. Ao estudar as necessidades de alunos que iniciam o estágio clínico Wingelaar, Wagter e Arnold (2012) encontraram sete temas principais: a transição para a fase clínica, os métodos de ensino, o clima de aprendizagem, a motivação dos alunos, o professor, o paciente e as estratégias de raciocínio clínico. Além disso, esses autores enfatizam o aprendizado com casos reais para motivar e estimular o raciocínio e a história clínica. Estimulado com ênfase na atividade prática, o raciocínio clínico tem seu desenvolvimento associado à anamnese e ao contato com o paciente. No Discurso relacionado à atividade prática, ela é salientada como um ponto fundamental: “Sem treinar anamnese ninguém aprende, não somente a teoria, ele teria que ter uma prática mais completa” (DSC).

Uma vez que no raciocínio clínico o aluno é o sujeito que produz o conhecimento através da sua interpretação dos dados, a autonomia é um aspecto fundamental dessa competência. Tutunji (2009) ao refletir sobre a pedagogia da libertação no ensino médico aponta para o estímulo à autonomia e à capacidade de reflexão como condições para que uma escola avance no processo de ensino. Dessa forma, assim como no conhecimento e na ética o estímulo à autonomia é essencial ao raciocínio clínico.

Após a avaliação, utilizando o conhecimento, o raciocínio clínico e a coleta de dados tem-se a condução de uma situação pelo médico (como regra geral o tratamento) que é um dos principais resultados de todo esse processo. É como ele irá agir.

Tanto as DCN como o Discurso associam o tratamento ao diagnóstico, no Discurso “a competência para avaliar e tratar as cefaleias e a competência para avaliar e tratar a hipertensão”, sendo que o tratamento aparece como uma conduta que deve ter uma continuidade “para conduzir esse paciente e na sequência, como ele vai levar essa situação” (DSC).

O tratamento é um momento crucial da atuação do médico e muitas vezes exige uma decisão rápida sem a oportunidade de consulta imediata. Nesse sentido, o Discurso salienta que a competência de diagnóstico e tratamento deve estar

presente “[...] principalmente na crise, pois não existe possibilidade de se pedir ajuda para outras pessoas” (DSC). Desse modo, o egresso precisa estar preparado para, além de diagnosticar, tomar as decisões. Rea-Neto (1998, p. 309) situa a terapêutica dentro do processo de raciocínio clínico, sendo que para ele: “As decisões terapêuticas, no processo de solução dos problemas clínicos, envolvem a idealização de planos ou cursos de ação que tenham por objetivo mudar a situação atual do problema para uma outra melhor.”

Ao pressupor que a intervenção leve, necessariamente, a um estado de melhora há uma responsabilização do médico quanto ao futuro do paciente e até mesmo sua cura. Isso reforça a onipotência da profissão e gera uma série de mecanismos defensivos no profissional e no estudante. Para Meleiro (1998, p. 139): “É fundamental o preparo do estudante de Medicina diante das reais condições de seu futuro trabalho, não estimulá-lo a utilizar idealizações onipotentes para enfrentar situações de difícil controle durante sua vida profissional.” Demonstrando que se deve clarificar ao aluno sobre as consequências inerentes ao ato de tratar.

Numa pesquisa sobre o recém-formado frente a morte e o morrer, Marta et al. (2009) avaliaram que mesmo pouco capacitados para lidar com tais situações a onipotência está presente nos discursos. Assim sendo, mais do que ensinar a tratar, é importante discutir com o aluno as fantasias e seus anseios quanto ao diagnóstico e ao tratamento, bem como o impacto que podem trazer para ele.

Desse modo, foram apresentados inúmeros desafios que vão desde o conhecimento, a sua aplicação, até o contato com o paciente e as decisões que o aluno precisa tomar. Sendo que é natural isso gerar um impacto no estudante, de forma que este pode apresentar algumas dificuldades quanto a esses temas.

6.6 DIFICULDADES APRESENTADAS PELOS ALUNOS

As Ideias Centrais que apoiam essas dificuldades são:

- a) IC11: O que o aluno espera da profissão é diferente do que encontra;
- b) IC12: A imaturidade e o desinteresse estão presentes nos alunos do curso.

As competências das DCN que sustentam essas ICs são:

- a) III - Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

- b) V - Realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- c) XX - Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
- d) 1 - Atenção à saúde
- e) 3 - Comunicação

O Discurso aponta para a importância de conhecer a profissão médica e a frustração que pode gerar no aluno frente às reais condições do trabalho, principalmente do ponto de vista econômico. Risco (2009) discorre sobre as mudanças de valores da profissão médica, antes considerada como sacerdócio e que nos tempos de hoje está associada com o mercado, na relação “médico-cliente” que torna necessária a legalização dos atos médicos, tratando a Medicina como entrega de serviços podendo chocar com o que é entendido culturalmente como “boa prática médica”.

Quando o aluno se depara com a realidade, o papel do médico e as suas aspirações “[...] toda aquela ilusão da Medicina, coisa bonita e tal[...]” (DSC), deixam de existir “[...] passa aquele romantismo e ele começa a se sentir o indivíduo dentro da sociedade” (DSC). Pode-se concluir que este Discurso ressalta a ideia da profissão médica “romântica” e quando o aluno inicia a formação se depara com outra ideia, a de algo difícil, que o remete a uma sensação diametralmente oposta, como algo catastrófico e, consequentemente, imobilizador. Leva a uma ideia sobre a profissão médica na perspectiva de ter um impacto no profissional e trazer uma carga na qual impede o sujeito de sonhar e ver a beleza da profissão. O Discurso indica que a maturidade e a responsabilidade da profissão retiram algo do aluno: “[...] felicidade de ser jovem, livre e ter mais tempo.” (DSC)

Apoiado nessa percepção, Oliveira et al. (2011, p. 317) sugerem que logo após a comemoração pelo início do curso já surgem as primeiras frustrações com o próprio curso e no “quarto ano de Medicina os acadêmicos derrotaram a idealização dos primeiros anos do curso”.

Entretanto, ao avaliar os alunos, a pesquisa realizada por Medina, Gomez e Toledo (2008) percebe que a visão da Medicina nos períodos finais do curso é mais realista, até porque os alunos estão em contato direto com sofrimento e com incapacidades, mas mantêm motivação social, intelectual e científica alta para se

tornarem Médicos. Desse modo, há uma diferença entre o que foi observado por esses autores e o DSC dos docentes, podendo apontar que a sensação de desmotivação dos alunos, represente outro descontentamento ou até mesmo uma atitude de revolta.

Dentre algumas dificuldades dos alunos apontadas pelos Discursos a imaturidade e o despreparo emocional e técnico são apontados, principalmente, em situações que envolvam a relação médico-paciente e as habilidades de comunicação: “[...] a gente se choca quando pede para tirar a história e começam a tratar o doente, de uma forma completamente atrevida. Não buscando uma expressão, uma forma de relacionamento” (DSC), “[...] não sabem lidar com a questão de ser recém-médico, o que fazer com isso e do seu papel dentro da sociedade[...]” (DSC). Marco et al. (2010, p. 217) em revisão de literatura apontam para a importância das habilidades de comunicação e que “a qualidade da entrevista e da relação entre profissional e paciente é amplamente dependente das habilidades do profissional para conhecer e manejar o processo de comunicação” aumentando a adesão ao tratamento. Reforça que esta técnica pode ser ensinada e aperfeiçoada.

Ao entender que o aluno inicia o curso movido por um ideal (mesmo que “romântico” – DSC), algo acontece durante a formação que pode propiciar essa dificuldade de relacionamento e comunicação. Independente das aspirações que o aluno tenha no início do curso, chegar ao último período com essas dificuldades aponta para uma fragilidade do sistema de ensino, no qual todos os sujeitos envolvidos têm participação (alunos, professores, instituição, sociedade e Estado).

6.7 AS FERRAMENTAS UTILIZADAS PELAS DISCIPLINAS

As Ideias Centrais correspondentes às ferramentas utilizadas pelas disciplinas são:

- a) IC13: As disciplinas utilizam a exposição teórica; a busca pelo conhecimento; o trabalho em grupo e as atividades práticas;
- b) IC14: Os professores precisam ser mais bem capacitados quanto aos métodos de ensino.

As competências das DCN que contemplam essas ICs são:

- a) 1- Atenção à saúde

- b) 4- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- c) II – atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- d) III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- e) V - realizar com proficiência a anamnese e a consequente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- f) XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
- g) XXI - atuar em equipe multiprofissional;

O enfoque das DCN não é orientar os cursos quanto às ferramentas ou instrumentos de ensino, no entanto as ferramentas empregadas pelas disciplinas devem proporcionar as competências apontadas pelas DCN e estar em consonância com seus objetivos:

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001).

As Ideias relacionadas às ferramentas que as disciplinas utilizam originaram quatro Discursos complementares (exposição teórica; busca pelo conhecimento; trabalho em grupo, comunicação e atividades práticas). Importante ressaltar que o Curso no qual os docentes estão inseridos o modelo adotado utiliza tanto elementos da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), como elementos tradicionais de ensino como a exposição teórica clássica.

Em relação às exposições teóricas o Discurso descreve a sua importância como uma ferramenta auxiliar que deve estimular a participação dos alunos: “eu quero que vocês leiam; isso é mais uma informação” (DSC), “Não pode ser uma aula magistral expositiva[...]” (DSC), “Buscar o aluno que está mais perdido na sala, pois

você nota que ele está desligado” (DSC), “[...] não só no sentido de andar na sala, mas circular com o aluno” (DSC). No entanto, nota-se um cunho informativo e impositivo (“informação”, “eu quero”). Em relação a essa Ideia Central houve um discurso marginal antagônico: “a gente tem as aulas expositivas, na maneira mais tradicional possível. Eu gosto da maneira tradicional, que é o slide.” (DSC), desse modo ressaltando a aula teórica tradicional como o principal recurso daquela disciplina. Desse modo observa-se que ainda há um olhar para o modelo tradicional de ensino e mesmo quanto à participação do aluno há uma carência de elementos críticos-reflexivos. Entre esse e outros motivos, alguns modelos de ensino como a ABP não utilizam a exposição teórica clássica como ferramenta:

Vale ressaltar que entre as atribuições do tutor não consta ministrar aulas teóricas, como no método tradicional; ao contrário, ele deve estimular os aprendizes a eleger os pontos mais relevantes de cada situação-problema, que serão objeto de busca individual (Cezar et al., 2010, p. 301).

No Discurso, a aquisição de conhecimento é associada às ferramentas utilizadas pelas disciplinas e advém de estímulos à leitura, compreensão, crítica e busca pelo conhecimento. Sendo que acontece através da discussão de casos clínicos, apresentação de temas e leitura de artigos científicos; fundamentados, principalmente, no incentivo ao raciocínio clínico que está de acordo com o “aprender a aprender” e o “aprender a conhecer” das DCN. Interessante notar que o Discurso relacionado à exposição teórica não faz referência às questões de raciocínio crítico, podendo ser um indicativo que existam outros momentos, como por exemplo, nas atividades práticas e tutoriais nos quais o raciocínio crítico seja estimulado. Em relação à ABP o Discurso refere que estimula o aluno em “Como fazer as perguntas corretas para si mesmo, quantificar, graduar as queixas e quais são as alternativas, o que se sabe e o que se tem para solucionar aquele problema.” (DSC).

Em relação às atividades práticas e teóricas, bem como sua importância e cronologia dentro de um programa de aprendizado, notam-se Discursos antagônicos, por um lado é valorizada a inserção do aluno desde as fases iniciais do curso, com as atividades práticas concomitantes às teóricas, mas por outro essa inserção é criticada, sendo que isso só poderia acontecer depois que a teoria estivesse sedimentada e um dos reflexos disso seria que: “[...] ele fica com o conhecimento fragmentado e não recebe o conhecimento total” (DSC).

No entanto, a justificativa da importância da inserção, desde o início, nas atividades práticas é o contato com “os desafios da profissão médica logo cedo e isso é muito interessante” (DSC), além disso, é importante treinar na prática o raciocínio que aprendeu, com o objetivo de contextualiza-lo e lidar com diferentes situações, seria o “aprender a fazer”.

Esse Discurso indica a dicotomia entre a teoria e a prática. Ao avaliar os alunos, quanto sua percepção do processo de ensino, Gonçalves e Bellini (2002, p. 53) evidenciam: “dicotomia teoria x prática; excesso de teoria em detrimento da prática; avaliações como exercício de memorização ou deciframento de pegadinhas; e diferentes conteúdos ensinados com metodologias similares”. Esses autores apontam ainda que não somente o excesso de teorização, mas a dissonância desses com a vida cotidiana e sua descontextualização podem estar ocorrendo. Esses dados são corroborados com a pesquisa de Costa (2011) que ao estudar o discurso de docente de uma Universidade brasileira observou entre os pontos negativos apontados pelo professor está a dicotomia entre a teoria e a prática.

É importante atentar que esse espaço de prática não traz, sozinha, um aprendizado ativo e que a simples participação do aluno pode não trazer os resultados esperados. Como salientam Pontes, Rego e Silva Junior (2006, p. 73)

No processo de aprendizagem, o sujeito é ativo, e o papel do professor é explicitar as práticas, objetivo e relações de aprendizado para sua formação e estimular uma reflexão sobre essa nova prática. Se não, estaremos fadados a mudar pouco o perfil do profissional médico formado.

Os ambientes para essa prática podem ser inúmeros, no entanto o Discurso aponta para a Atenção Primária como um local estratégico para o desenvolvimento das competências: “estar atendendo na atenção primária, faz com que o aluno, primeiro, se depare com várias situações diferentes é um cenário” (DSC); “E aí claro, poderia colocar a abordagem familiar, abordagem do paciente como um todo, discutir com a equipe, são coisas que a gente usa na Medicina de família[...]” (DSC). Esse campo de prática está de acordo com o proposto pelas DCN que enfatizam a Atenção Primária.

O Discurso também enfatiza que o vínculo com a família e com o pacientes deve ser estimulado desde os períodos iniciais nas atividades teóricas e práticas, para que no final do curso isso já se apresente de uma maneira mais estruturada e

que o enfoque nos períodos finais (internato) possa ser mais direcionado para o diagnóstico e condutas.

Cezar et al. (2010) descrevem a importância da inserção nas atividades práticas ao estudar a transição de algumas escolas de modelos tradicionais para modelos construtivistas incluindo a ABP:

Importante também é o contato, desde os primeiros períodos, estabelecido entre os estudantes e a comunidade, por meio da inserção nas unidades básicas de saúde, permitindo contextualizar a teoria na prática vivenciada (CEZAR et al., 2010, p. 300).

Deve-se então, organizar a prática para que estimule a autonomia, o protagonismo e a contextualização.

Quanto às competências do aluno no internato para Megale, Gontijo e Motta (2009, p. 167): “espera-se que, nos internatos, os estudantes já saibam e demonstrem como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades adquiridos ao longo do curso num contexto profissional determinado.” Entretanto, pelo Discurso, nota-se um despreparo dos alunos, mesmo nas fases finais do curso, na atitude, na coleta de dados e na própria relação médico-paciente, demonstrando haver alguma falha na aquisição dessas competências/habilidades.

O trabalho em grupo é outra ferramenta apontada, não somente na sala de aula, mas também nas atividades práticas com equipes multidisciplinares. O trabalho em grupo, de acordo com o Discurso, propicia que o aluno desenvolva a liderança, as habilidades de comunicação e a convivência, além de conhecer os diferentes papéis numa equipe multidisciplinar. As DCN também estimulam o trabalho em grupo uma vez que insere nas competências e habilidades a liderança (como uma competência geral), o atuar em equipe multiprofissional e o “aprender a viver juntos” como um dos seus objetivos. Além das DCN e do Discurso a relevância de saber exercer a liderança, além de ser salientada pelo Discurso e pelas DCN, foi apontada pelos próprios alunos ao serem avaliados quanto ao perfil esperado do médico (GARCIA-HUÍDOBRO et al., 2006). Evidencia-se dessa forma que a liderança é referida por diferentes sujeitos envolvidos no ensino-aprendizagem.

Ao avaliar grupos reflexivos na educação médica Colares faz uma introdução aos grupos e ao ensino médico e aponta que:

As atividades grupais durante a formação médica, de certa forma, tentam contribuir para preencher as lacunas existentes nos cenários de aprendizagem, que carecem de estratégias que ajudem o estudante a “processar” suas experiências acadêmicas de forma construtiva e crítica[...] . Elas têm sido destacadas como meios eficazes de auxiliar alunos e professores no processo de transformação e construção de novas realidades educacionais na trajetória do curso médico (COLARES; ANDRADE, 2009, p. 102).

Assim sendo, o trabalho em grupo pode propiciar mais do que a soma dos conhecimentos, principalmente se trabalhados de maneira construtiva e crítica.

Mesmo apresentando diversas ferramentas algumas necessidades são apontadas pelo Discurso em relação à capacitação dos professores, como por exemplo: na compreensão do que é competência que “Às vezes, é difícil para o professor regular do curso de Medicina, que não sabe o que é competência” (DSC); na clarificação das competências a serem desenvolvidas estimulando que se “[...] discuta o que o aluno precisa saber ao final do curso” (DSC); na atualização da metodologia de ensino baseada no que apresenta evidências, pois “[...] esquecem o que realmente tem evidência.” (DSC) e numa melhor estruturação da disciplina visando “[...] ter um rol de ferramentas disponíveis e um fluxograma.” (DSC). Desse modo, são apontadas carências que podem influenciar diretamente na formação e no perfil do egresso. Além disso, essas dificuldades são justamente aquelas associadas com as metodologias mais atuais na docência e estão de acordo com um estudo com a capacitação permanente de professores ao apontar que:

Nas inovações curriculares, entre as muitas qualidades necessárias ao suporte exigido na área de capacitação, constam recursos humanos treinados, criatividade e ousadia. É preciso criar estratégias para mudar a situação de “inércia” em que muitos professores se colocam frente às novas tarefas (ALMEIDA; FERREIRA FILHO, 2008, p. 245).

Perim et al. (2010) ao avaliarem 28 escolas médicas brasileiras conclui que para essas escolas o eixo Desenvolvimento Docente é aquele que se encontra mais distante do preconizado para atender às DCN e sugere que:

Fica evidenciado que o investimento na capacitação docente, desde a formação didático-pedagógica, a atualização científica até a capacidade gerencial, é fundamental para dar suporte às mudanças implementadas pelas escolas e para garantir a interação entre ensino, serviços e comunidade na formação do médico nessa nova perspectiva (PERIN, 2009, p. 81).

Fica exposto que as ferramentas utilizadas pelas disciplinas, bem como o papel do docente são essenciais e provem os principais meios para que o processo de ensino e de aprendizagem aconteçam. Assim sendo, tanto os docentes, quanto a instituição e o Estado devem contribuir nessa formação e capacitação.

6.8 A UNIVERSIDADE, O ESTADO E O CURSO DE MEDICINA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

As Ideias Centrais que estão diretamente relacionadas às dificuldades da Universidade e do Curso de Medicina são:

- a) IC15: O curso é fragmentado, com escassez de atividades práticas.
- b) IC16: A Universidade deve investir no professor.
- c) IC17: As atividades devem ter um número restrito de alunos para que desenvolva as competências, principalmente, as pessoais.
- d) IC18: A universidade também deve estar voltada para a formação pessoal.
- e) IC19: O curso de Medicina pode não conseguir formar o aluno de maneira adequada.
- f) Discursos Marginais: A influência do Estado na graduação.

As DCN não têm como objetivo especificar como a Universidade e o curso de Medicina irão propiciar o desenvolvimento de competências, no entanto, quando Discurso apresenta alguns apontamentos sobre o curso algumas competências são referenciadas:

- a) III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- b) Atenção à saúde:
- c) XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- d) Perfil do egresso: Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e

compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

e) 1- Atenção à saúde

f) 3- Comunicação

A tendência à fragmentação é notada quanto ao curso de Medicina, bem como uma sensação de que o que foi iniciado num período não é estimulado nos outros: “Então a gente inicia isso e o que me preocupa é que talvez não haja continuidade[...]” (DSC). Essa dúvida quanto à continuidade está relacionada, principalmente, com a anamnese, o exame físico e a um olhar amplo ao paciente. Lampert et al. (2009) ao estudarem um grupo de escolas médicas, associam a fragmentação, entre outros, a um modelo fundamentado em disciplinas (“disciplinarização”) e como reflexo disso um conhecimento compartimentalizado, que por um lado pode facilitar o acesso aos saberes, por outro dificulta a possibilidade de interconexão entre as disciplinas. Santos (2011) reforça que em uma estrutura fundamentada em competências não deve haver espaço para a fragmentação:

Dessa forma, a construção de um programa educacional utilizando esse princípio de organização curricular não pode estar presa a um ensino por conteúdos, fragmentado, pouco flexível, pautado no encadeamento de disciplinas e desprovido do dinamismo necessário para atender às frequentes demandas por mudanças do mundo atual (SANTOS, 2011, p. 92).

Dessa forma, evidenciam-se modelos e pressupostos insolúveis ao discorrer sobre um currículo baseado em competências e uma organização curricular por disciplinas.

A fragmentação na formação pode reproduzir a lógica dos “especialismos” que é muito marcante na sociedade e no meio médico “Acho que a velha noção que o especialista é melhor que o generalista. Isso a gente vê na população e mesmo dentro da classe médica” (DSC). No entanto, mesmo sendo um elemento presente, o “especialismo”, é encarado no Discurso como uma tendência que deve ser desestimulada: “Tenho a impressão que se estiverem com cardiologista ele ensina a fazer ausculta do precórdio. E voltamos ao velho erro de ver o paciente em pedacinhos” (DSC). Isso reforça os achados de Souza, Zeferino e Dá Ros (2011, p. 23) que ao avaliarem algumas escolas médicas concluíram que:

Através deste trabalho, percebeu-se que não estão ocorrendo mudanças significativas estruturais no currículo, pois a maioria das escolas, nas grandes áreas — Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica —, destinam grande parte da carga horária à atenção secundária e terciária, já que as DCN incentivam a reorganizar e estimular a atenção básica como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, retirando o foco da doença e do atendimento hospitalar.

A falta de conhecimento do que os outros professores estão realizando no curso, bem como essa tendência a fragmentação, além de uma possível correlação com a estrutura do curso, também pode estar relacionada ao próprio docente. O trabalho em grupo, apontado como uma importante ferramenta para a disciplina estimular o desenvolvimento de competências nos alunos não deve estar sendo efetivo dentro do núcleo docente. Desse modo reforça a importância da capacitação do docente como evidenciado por Lampert (2009) e Perim et al. (2010).

O investimento no professor é outro item apontado, tanto do ponto de vista de uma melhor remuneração como de uma maior participação nas atividades das disciplinas e no currículo do curso “presença do professor com tempo para dispor para o aluno” (DSC), “ganhar bem, para valorizar seu emprego e perder seu emprego se não tiver ensinando bem” (DSC), “está longe dele (o professor) trabalhar na composição de um currículo” (DSC). Quanto à relevância da remuneração essa ideia está de acordo com Rabelo (2010, p. 58) que ao estudar a representação de docentes quanto a remuneração observou que: “a questão da remuneração da profissão docente é um dos aspectos que pode motivar (ou não) a escolha profissional, gerar satisfação profissional e pessoal, mas que, ainda mais, pode gerar insatisfação com o ofício.” Silverio (2010) et al. salientam que a remuneração influi na qualidade de vida docente, no entanto as interações sociais têm peso maior e em relação a participação do docente concluem que: “Os aspectos do contexto institucional que limitam a qualidade de vida docente poderiam ser amenizados pela simples incorporação de movimentos menos lineares na gestão organizacional, estimulando a participação coletiva e o diálogo.” (SILVERIO et al., 2010, p. 71).

Além disso, o DSC associa algumas dificuldades na metodologia do ensino, por exemplo, no PBL (Aprendizagem Baseada em Problemas) a uma escassez de professores. Relacionado a isso, o Discurso aponta para o número elevado de alunos e a consequente dificuldade de supervisão, principalmente para o ensino de habilidades e atitudes que exigiriam uma presença e contato maior com o professor:

“Para você treinar esse tipo de competência você tem que ter um contato direto.” (DSC).

Amaral, Domingues e Bicudo-Zeferino (2007) ao estudarem a avaliação de competência na prática, destacam a observação das atividades executadas pelos alunos do professor e posterior discussão e reflexão sobre elas. Para esse fim, não somente a capacitação do docente, mas também o tempo e a disponibilidade para estar próximo ao aluno são fundamentais.

Além disso, o Discurso problematiza que o número elevado de aluno pode gerar certa “massificação” e um distanciamento, mesmo em sala de aula e que conforme a fala de um professor, se ele é massificado, tende a ter o mesmo comportamento, inclusive com o paciente: “É massificado e ele massifica.” (DSC).

Grosseman e Stoll (2008, p. 304) ao estudar o ensino-aprendizagem da relação médico paciente sob a perspectiva dos alunos evidenciou que:

[...] os modelos, a prática extracurricular e o internato foram considerados os principais recursos de aprendizado da relação médico-paciente pelos estudantes, tendo sido julgadas escassas as aulas teóricas e pouco aproveitadas as oportunidades de aprendizagem nas práticas.

Além disso, os mesmos autores concluíram que a grande maioria dos alunos gostaria que a relação médico-paciente fosse abordada com mais ênfase durante o curso. Nesse sentido, o Discurso enfatiza a prática como prioridade para o aprendizado, no entanto há algumas dificuldades, como a falta de professores, falta de campo de estágio e a duração dos estágios. Apesar de diversos convênios com instituições públicas e privadas, o curso conta com 90 alunos por semestre, aliado a isso, há uma dificuldade para a contratação de docentes para os campos de estágio que tem uma forte influência da questão salarial; uma vez que os docentes ligados a prática recebem o mesmo valor daqueles em sala de aula, no entanto sujeitos aos riscos da atividade, além do deslocamento à alguns locais que são distantes.

Algumas das consequências apontadas, pelo Discurso, para essas carências relacionadas à prática são a perda de um acompanhamento longitudinal dos pacientes e a ausência de uma corresponsabilização do atendimento pelos alunos. Essas consequências estão de acordo com as principais dificuldades dos alunos, segundo o Discurso que fala sobre esse item. Essas dificuldades envolvem questões como o despreparo na relação médico-paciente e na habilidade de comunicação;

carências que podem estar relacionadas com os problemas encontrados para a realização do estágio prático.

De acordo com o Discurso, as competências relacionadas ao respeito, à ética, ao papel social, à empatia, ou seja, às competências com um grande peso de elementos pessoais são apontadas como essenciais para os alunos. No entanto, muitas vezes sem uma contribuição do currículo, mas na dependência da motivação individual do docente para trabalhar isso. Como por exemplo, as competências associadas com a humanização na relação médico-paciente. Sendo que essa é uma das principais competências das quais os docentes sentem falta nos alunos.

Campos e Forster (2008, p. 89) ao avaliarem um modelo de estágio prático na Atenção Primária em Saúde destacam que:

“a vivência numa equipe do PSF resultou em ganhos para na formação do aluno e na visão da importância do PSF na atenção básica, na promoção da saúde nas comunidades e na humanização da relação entre médico e paciente”.

Dessa forma pode-se concluir que estágios práticos e a inserção na comunidade são ferramentas importantes para o desenvolvimento dessas competências.

Além disso, o Discurso sugere um eixo longitudinal que aborde esse tema, o que também foi salientado por Andrade et al. (2011, p. 523) ao estudarem a humanização em 120 estudantes de Medicina, para eles:

[...] destaca-se a necessidade de sedimentar o binômio ética/humanização desde o início da graduação, possibilitando formar profissionais mais preparados para lidar com os pacientes nos âmbitos biológico e psicossocial.

Andrade et al. (2011), assim como Campos e Forster (2008) destacam a atenção primária como importantes agentes na promoção dessas competências relacionadas com a relação médico-paciente.

O Discurso também assinala sobre a importância da participação da família e de todo sistema de ensino nessas competências e coloca como um desafio o trabalho com elas. Problematisa que a Universidade não irá conseguir ensinar todos esses valores e que isso deve ser corresponsabilizado com a família e a sociedade.

Ao avaliar o conhecimento dos estudantes de Medicina quanto ao seu conhecimento sobre responsabilidade profissional e segredo médico, Mendonça, Villar e Tsuji (2009, p. 227) destacam que:

É possível inferir, portanto, que o conhecimento ético demonstrado pelos estudantes parece ser a ética espontânea de Weil, mais ligada à formação e ao contexto social onde eles estão inseridos do que às informações transmitidas durante o processo de aprendizagem no curso médico. Esta ideia poderia ser corroborada pelo fato de que as questões mais complexas, ou seja, que demandavam maior conhecimento do Código de Ética Médica, relativas ao sigilo, foram as que obtiveram maior discrepância no índice de acertos entre as turmas e maior índice de não acertos.

Além dessas competências pessoais, há um entendimento, pelo Discurso, de que talvez o graduando termine o curso sem ter as competências/habilidades necessárias para a profissão médica. Entretanto parece haver duas ideias antagônicas, uma no qual existe uma preocupação para que a graduação consiga proporcionar isso: “[...] se tivesse um instrumento mais competente nesse sentido a gente não seria mais bem sucedido como instituição educadora?” (DSC) e outro que sugere a realização de uma complementação aos seis anos do curso, quer seja através de um prolongamento da graduação (adicionando mais 1 ano), ou de um estágio adicional mais voltado para o desenvolvimento das competências/habilidades como a Residência Médica.

Algumas dificuldades são relatadas como prováveis contribuintes para certas falhas na formação, como a carência de instrumentos que avaliem o aluno e norteiem a sua progressão: “[...] você não consegue segurar esse aluno e ele vai passar e se formar” (DSC), “Alguns alunos eu não deveria ter recebido daquela forma.” (DSC), “Saber perceber a ausência de alguma competência ou de alguma dificuldade é um grande trunfo[...]” (DSC). Sendo que essa avaliação mais bem estrutura pode advir tanto de métodos que compartilhem isso com o aluno: “[...] quando o aluno consegue ter consciência disso é muito importante.” (DSC), como por métodos mais coercitivos: “[...] não consegue segurar esse aluno[...]” (DSC), “[...] ter um patrulhamento dos estudantes até o último dia do curso.” (DSC).

Fica exposto no Discurso a preocupação quanto ao desenvolvimento de competências no aluno e o papel não somente da Instituição, mas de todos envolvidos nesse processo, num esforço para que o egresso tenha uma formação adequada (por mais que isso tenha significados diversos).

No entanto segundo Nogueira (2009, p. 268):

A verificação da real efetividade dessas mudanças e do impacto das inovações de cenários de ensino e de prática no estilo de pensamento médico somente será possível após a realização de estudos pontuais sobre as novas experiências na formação médica.

Quanto a influencia do Estado na Graduação houve dois Discursos Marginais antagônicos. Em um deles entre as funções da Universidade está preparar o sujeito para o sistema que ele estará inserido: “SUS é o grande empregador do jovem profissional, então ele tem que estar preparado para trabalhar nesse meio” (DSC), “[...] fazer com que o profissional entenda que o primeiro contato dele será com o SUS” (DSC). Este discurso encontra-se alinhado às políticas fomentadas pelo Ministério da Educação em associação com o Ministério da Saúde, o PET-Saúde (BRASIL, 2009) que de acordo com Garcia e Silva (2011, p. 60) se caracteriza como:

[...] um instrumento para qualificação em serviço, iniciação ao trabalho e vivências de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino.

Desse modo fica evidente a necessidade de alinhamento entre o SUS e a formação. Além disso, segundo o Discurso, o SUS e a graduação compartilham alguns referenciais ideológicos: “os princípios do SUS acabam trabalhando muito com os princípios que a gente acaba achando fundamentais” (DSC), “[...] noção de justiça, de equidade, de ser um sistema universal[...]” (DSC). Dessa forma a inclinação das DCN para a formação dentro do SUS é apontada como positiva. Ciuffo e Ribeiro (2008, p. 126) compartilham dessa afirmação ao apontar que as DCN apresentam estímulos para as universidades inovarem “seus currículos de forma que estes se articulem com as necessidades da sociedade brasileira; buscam o “diálogo” dos projetos curriculares com o contexto social do qual a universidade faz parte”.

Além disso, a DCN é apresentada como uma diretriz maleável: “Acho que nossa diretriz curricular é muito boa, muito flexível, ela não engessa” (DSC). Mas que ao mesmo tempo define as necessidades do país e o perfil profissional médico necessário para a atenção à saúde (GARCIA HUIDOBRO et al., 2006).

O outro Discurso se refere à interação SUS com o ensino como impositiva (“o governo impõem”) e que o SUS não apresenta atributos que favoreçam a formação, numa concepção oposta ao outro discurso que faz referencia a um compartilhamento de princípios: “Porque o SUS não é padrão, não é?” (DSC). Isso pode estar representando a “ótica utilitarista de serviços de saúde como cenários de práticas” que indica Oliveira e Alves (2011, p. 32). Nesse tipo de interação entre o ensino e assistência o objetivo é puramente utilizar o ambiente e não propiciar o desenvolvimento e qualificação de ambos, como se fizessem parte de mundos diferentes.

Mesmo demonstrando algumas incertezas quanto à formação médica, como por exemplo, em relação aos papéis e a qualificação de cada sujeito desse processo, os Discursos apontam, segundo sua concepção, quais as principais competências para o egresso do curso.

6.9 O PROJETO PARA UMA FERRAMENTA QUE AUXILIE O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS

Partindo do pressuposto que o presente trabalho deva auxiliar na implementação da ferramenta computacional, no que diz respeito às competências/habilidades que ela deva estimular; clarificou-se alguns elementos essenciais para essa ferramenta. Como um eixo longitudinal para todo o curso é evidente que a ferramenta forneça subsídios para o processo de ensino e aprendizagem, fomentando o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais relacionadas ao:

- a) Papel social, ética e atitude;
- b) Anamnese e exame físico;
- c) Raciocínio clínico e conhecimento.

Esses temas estão intimamente associados às competências médicas III, V e VII das DCN, que são as competências mais enfatizadas pelos Discursos. Além de enfatizadas, foram citadas como aquelas nas quais os discentes apresentam maior dificuldade.

Aliado a isso, a ferramenta deve contemplar atividades de cunho prático que foram apontadas como as que mais propiciam o desenvolvimento de competências. Desse modo, a partir de atividades que envolvam a prática os três temas acima

descritos são tidos como elementos relevantes a serem representados na ferramenta, de acordo com o Discurso dos docentes.

Entretanto ao compararmos os Discursos com as DCN (BRASIL, 2001) nota-se que algumas das competências estiveram ausentes, quer seja por um papel menor na concepção dos docentes, quer por uma falha no instrumento aplicado nas entrevistas. O fato é que não estiveram presentes, ou não tiveram um destaque questões como:

- a) XII - reconhecer a saúde como direito
- b) XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- c) XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde; (pessoal)
- d) XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
- e) XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico; (pessoal)
- f) XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

Estima-se que de 8% a 20% dos estudantes de medicina (GONCALVES, BENEVIDES-PEREIRA, 2009) apresentam algum tipo de comprometimento psíquico, assim é de suma importância promover o bem estar destes discentes, diminuindo significativamente as consequências do sofrimento psicológico:

É importante garantir aos estudantes um ambiente estimulante, saudável e humanístico, pois a essência da medicina está baseada na relação interpessoal e esta tem início no íntimo contato estudante-professor, o primeiro e mais significativo dentro da formação médica e o que contribui para a concepção da futura relação médico-paciente (GONCALVES, BENEVIDES-PEREIRA p 489, 2009).

Desse modo, promover um ambiente que favoreça a saúde mental dos estudantes poderá estimulá-los desde o início a cuidarem de si. No entanto, a ausência da competência que determina a necessidade do médico em cuidar de si e do seu bem estar (competência XVIII) pode estar relacionada com o modelo recebido pelo docente quando da sua formação; pois provavelmente os professores

que foram entrevistados não tiveram exemplos que indicaram a necessidade do autocuidado, desta forma limitando a intervenção realizada para os alunos.

Destarte, se a ferramenta tiver como objetivo o estímulo ao desenvolvimento de competências/habilidades que não estão sendo enfocados, esses elementos devem ser contemplados.

Para Dias Junior e Ferreira (2008, p. 10):

[...] é essencial utilizar a tecnologia em favor de uma avaliação mais variada e processual, mais humana, profunda e favorável tanto ao aperfeiçoamento profissional do professor, quanto do sistema educacional como um todo.

No entanto, além da presença desses elementos a maneira com que a ferramenta é utilizada é essencial para que se cumpra seu objetivo. Apontando para a necessidade de que os elementos que ela estimule façam parte de um programa longitudinal e consistente.

7 CONCLUSÃO

O termo competência é referido nos Discursos superando a capacidade de realizar tarefas, sendo possível destacar as dimensões cognitiva e técnica; a dimensão relacional; a dimensão integrativa e uma dimensão reflexiva “[...] no entanto sem nunca deixar de duvidar de si mesmo” (DSC). Em síntese associa conhecimentos, habilidades e atitudes, numa perspectiva associada à atividade prática e reflexiva. Desse modo tanto competências pessoais como profissionais e pessoais estão envolvidas, entretanto existe um destaque das competências pessoais como o respeito e o comprometimento que são compreendidos como carro-chefe de todas as outras.

A partir do método empregado evidenciou-se que a ética e a atitude estão entre as principais competências/habilidades a serem desenvolvidas durante a graduação em Medicina. Os casos clínicos tutoriais, o comportamento em sala de aula, as atividades envolvendo pacientes e o modelo apresentado pelo professor são os principais motivadores para essas competências. A anamnese e o exame físico também foram apontados como itens indispensáveis, envolvendo não somente a capacitação técnica, como na maneira de organizar e coletar os dados e realizar o exame físico; mas também os aspectos pessoais como na atenção, na escuta e na implicação na tentativa de auxiliar o paciente utilizando um olhar que extrapole o biológico. Desse modo é notável a importância da habilidade de comunicação, pois tanto a coleta dos dados, a relação médico-paciente e a atitude ética são traduzidas no cotidiano dos relacionamentos. Não somente com os colegas, paciente, docentes, mas com toda a comunidade com que se relaciona direta ou indiretamente.

O raciocínio clínico aparece associando o conhecimento aprendido, com o que foi coletado a partir da anamnese e do exame físico com vistas a formular um diagnóstico e realizar uma conduta adequada, visando uma compreensão ampla do sujeito. Entre os instrumentos utilizados pelas disciplinas estão presentes a aula teórica, os tutorias (PBL), prática simulada, atividades com pacientes, entre outros.

No entanto, a dicotomia entre a teoria e a prática, bem como o uso de métodos mais tradicionais ainda fazem parte dos ambientes de ensino-aprendizagem. O ensino compartimentalizado através de disciplinas e a hierarquização desse conhecimento em relação à prática ainda faz parte do

Discurso docente. Demonstrando que mesmo percebendo que há um estímulo a um olhar amplo ao sujeito, há necessidade de avanços nesses pontos e a dicotomia entre o ensino e a prática faz parte do cotidiano da Instituição. Outro elemento importante é a compreensão da ética quase que predominantemente dentro de uma moral imposta, sugerindo que há pouco espaço para uma discussão e problematização do tema. Nota-se nas ferramentas de ensino a carência da valorização do conhecimento e da cultura do discente, tanto que mesmo temas que poderiam valorizar mais essa questão tem um caráter mais prescritivo do que crítico e reflexivo, como por exemplo, no desenvolvimento da ética e atitudes.

Observam-se ideias na direção da corresponsabilização entre o SUS, o Estado e a Academia, no entanto a superação da cisão entre o Ensino e o Estado ainda está distante, uma vez que o SUS aparece como um meio para o aprendizado, no entanto, devendo propiciar ambientes ideais. Isso reforça a noção de que o SUS deve propiciar o desenvolvimento acadêmico, no entanto sem que a Academia se esforce para sua qualificação.

Alguns elementos são apontados como dificultadores do processo de ensino-aprendizagem e apontam desde a necessidade de investimento no docente, um número menor de alunos por atividade, como a importância de um eixo longitudinal enfocando as principais competências apontadas.

Entre as competências/habilidades ausentes nos Discursos, mas apontadas pelas DCN, está o cuidar de si. Uma vez promotor de saúde o médico tende a deixar a renegar as suas necessidades, tanto físicas como emocionais, sendo um aspecto que pode influenciar no seu bem estar e na qualidade do cuidado ao outro.

Nos Discursos docentes foi possível identificar as competências que eles julgam importantes, compará-las com as DCN, os instrumentos utilizados pelas disciplinas para promovê-las, bem como as possíveis dificuldades nesse processo. Sendo assim, nota-se que há utilidade para numa ferramenta que auxilie o acompanhamento do desenvolvimento de competências e pode-se com maior acurácia orientar quais os elementos devam estar presentes. Fica evidente que a ferramenta deve, além de abordar aquelas competências que foram nomeadas como principais, fomentar principalmente o desenvolvimento de uma ética reflexiva e humanista e integre a teoria com a prática numa contextualização dentro do sistema em que está inserido (SUS).

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo teve como material para a discussão o discurso dos docentes, desse modo, as conclusões explicitadas devem ser analisadas sobre essa luz. Além disso, as respostas tiveram como mobilizador, um caso específico, sendo que isso pode restringir o conteúdo dos Discursos. No entanto, para minimizar esse viés perguntas mais amplas sobre as competências e não necessariamente associadas ao caso foram realizadas.

9 ESTUDO FUTUROS

Uma vez que o processo de ensino-aprendizagem envolve mais do que o docente, a compreensão dos discentes e da Instituição sobre esse processo, bem como, sobre as competências são importantes. Além disso, a sociedade, através da comunidade e do Estado também podem ser avaliados.

Como etapa subsequente a esse projeto, espera-se que os conteúdos aqui apresentados sejam agregados na ferramenta proposta e estudos sobre sua aplicabilidade e utilidade prática serão necessários.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.C. de; RIBEIRO, E.C.O. Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas. **Rev. Bras. Educ.Med.**, v.34, n.3, p. 371-378, 2010

ALBUQUERQUE, C.P. **Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS**: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade: narrativas e tessituras. 2007. 303f. Dissertação (Doutorado). UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

ALMEIDA, H.G.G ; FERREIRA FILHO, O. F. Educação permanente de docentes: análise crítica de experiências não sistematizadas. **Rev. bras. educ. med.** Vol.32, n.2, p. 240-247, 2008.

ANDRADE, S.C de; et al. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica . **Rev. bras. educ. med**, vol.35, n.4, p. 517-525, 2011.

AMARAL, E; DOMINGUES, R.C.L; BICUDO-ZEFERINO, A.M. Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. **Rev. bras. educ. med.** vol.31, n.3, p. 287-290, 2007.

BEACH, M.C et al. Can Patient-Centered Attitudes Reduce Racial and Ethnic Disparities in Care? **Acad Med**. vol.82, n.2, p.193–198, feb, 2007.

BEHRENS, M.A. Docência universitária num paradigma da complexidade: possibilidade de formação continuada no stricto sensu. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, vol. 10, n. 29, p. 27-44, jan./abr. 2010

BELTRAME, R.L. **A Formação do médico**: um debate a partir das diretrizes curriculares nacionais. 2006. 218f. Dissertação (Doutorado em Educação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Homologa em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04.doc>>. Acesso em 15 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Edital nº 18. Seleção para o Programa de Educação pelo trabalho para a saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, n.178, seção.3, set. 2009.

CAMPOS, M.A.F; FORSTER, A.C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Rev. bras. educ. med.** vol.32, n.1, p. 83-89, Rio de Janeiro, 2008.

CARNEIRO, L.A et al. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. **Rev. bras. educ. med**, vol.34, n.3, p. 412-421, 2010.

CEZAR, P.H.N et al. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. **Rev. bras. educ. med**, vol.34, n.2, p. 298-303, 2010.

CHEHUEN NETO, J.A et al. Percepção dos discentes sobre novas diretrizes do curso médico. **Revista APS**, vol.7, n.2, p. 80-90, jul./dez. 2004.

COLARES, M.F et al. Construção de um Instrumento para Avaliação das Atitudes de Estudantes de Medicina frente a Aspectos Relevantes da Prática Médica. **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro, vol .26, n. 3, p. 194-293, set./dez. 2002..

COLARES, M.F.A; ANDRADE, A.S. Atividades grupais reflexivas com estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med**, vol.33, n.1, p. 101-114, 2009.

COLARES, M.F.A et al. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. **Rev. bras. educ. méd**; vol.26, n.3, p.194-203, set.-dez. 2002.

COSTA, N.M.S.C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, abr. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 feb. 2012.

COSTA, C.R.B.S.F da; SIQUEIRA-BATISTA, R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. **Rev Bras Educ Med**. Vol.28, n.3, p.185-288, 2004.

CUBAS, M.R. **Planejamento local de Unidades Basicas de Saude de Curitiba - PR: da teoria a pratica, aspectos facilitadores e limitantes (Planning local basics Units of Health of Curibiba - PR: of the theory it practice it aspects facilitatives and limits)**. 2002. 111f. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saude Publica. Rio de Janeiro; 2002.

DANTAS, F; SOUSA, E.G de. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas Brasileiras: uma revisão sistemática. **Rev. bras. educ. med**. vol.32, n.4, p. 507-517, 2008.

DIAS, J.O; et al. A importância da remuneração por habilidades e competências. **Rev. cient eletrônica de admin**. vol 8, n.14, jun. 2008.

DIAS JUNIOR, L.D; FERREIRA, B de J.P. Dicotomia teoria-prática docente na educação superior: análise de ferramentas de fórum e proposta de conjunto de requisitos para apoiar reflexão sobre a prática. **Rev. Novas Tec. na Educ**. vol. 6 n. 1, p. 1-11, Jul, 2008.

DICHI, J.B; DICHI, I. A Agonia da História Clínica e Suas Consequências para o Ensino Médico. **Rev. bras. educ. med.** Vol.30, n.2, p.93-97; 2006.

DUARTE, S.J.H; MAMEDE, M.V; ANDRADE, S.M.O de. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saude soc.**, vol.18, n.4, São Paulo, dez. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 19 jan. 2012.

EPSTEIN, [R.M](#); [HUNDERT, E.M](#). **Defining and Assessing Professional Competence. JAMA.** Vol.287, p.226-235, 2002.

FELCHNER, Paulo Cesar Zimmermann. **Análise da abordagem do câncer de mama e das tecnologias disponíveis para seu enfrentamento no contexto das políticas públicas de saúde.** 2010. 99f. Dissertação (mestrado tecnologia em saúde). Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2010.

FERNANDEZ, N et al. Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. **Medical educ.** vol.46, p.357–365, 2012.

FLEURY, M.T.L; FLEURY, A. Construindo conceito de Competência. **Rev. Adm Contemp.** Curitiba, v.5, n.esp, p.183-196, 2001.

GALLI, A.; DE GREGORIO, M.J. *Competencias adquiridas en la carrera de Medicina.* **Educación Médica.** v. 9, n.1, mar. 2006.

GARCIA-HUÍDOBRO, D et al. Expectativas de estudantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. **Rev Méd Chile**, vol.134, p. 947-54, 2006.

GARCIA, M.A.A; SILVA, A.L.B da. Um perfil do docente de Medicina e sua participação na reestruturação curricular. **Rev. bras. educ. med.**, vol. 35, n. 1, Rio de Janeiro, Mar. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 maio 2012.

GENTILI, P; BENCINI, R. Construindo Competencias. Entrevista com Philippe Perrenoud, Universidade de Genebra, **Nova escola**, set, 2000. Disponível em http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_31.html . Acessado em 09 maio, 2010.

GOMES, R et al . Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras. educ. med.**, vol. 33, n. 3, Rio de Janeiro, set. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 11 maio, 2010.

GONÇALVES, M.B; BELLINI, L.M. Avaliação do ensino do curso de Medicina da Universidade de Maringá: uma análise preliminar. **Rev. bras. educ. med**, vol .26, n.1, p. 47-54, Rio de Janeiro, jan./abr. 2002.

GONZALEZ AGUDELO, E.M; DIAZ HERNANDEZ, D.P. Desde el currículo hasta la didáctica o sobre la circulación de los saberes y sus controles en la universidad: un ejemplo en la enseñanza de la Medicina. **Iatreia. Rev. Fac. Med. Univ. Antioquia**, Medellín, vol.21, n.1, mar. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mai. 2010.

GROSSEMAN, S; STOLL, C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. **Rev. bras. educ. med**, vol.32, n.3, p. 301-308, 2008.

HADDAD, Ana Estela et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, vol.36, n.1, suppl.1, p. 03-04, 2012.

JULIATTO, C.I. In. **A dimensão cristã da missão institucional. Um jeito próprio de educar**: a formação cristã e marista na PUCPR. 2. ed. rev. e ampl. – Curitiba : Champagnat, 2008. 127 p.

KASSIER, J.P. Teaching Clinical Reasoning: Case-Based and Coached. **Academic Medicine**, Vol. 85, n.7, p.1118-1124, jul 2010.

KIRA CM , MARTINS M de A. O ensino e o aprendizado das habilidades clínicas e competências médicas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, p. 407-413, out./dez. 1996.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, Jun 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 09 maio, 2010.

LAFUENTE, J.V et al. *El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional*. **Educ. méd.**, Barcelona, vol. 10, n. 2, jun. 2007. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132007000300004&lng=es&nrm=iso>. Acessado em 29 abr, 2010.

LAMBERT, WW; LAMBERT, WE. **Psicologia social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

LAMPERT, J.B et al .Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 29 abr, 2010.

LE BOTERF, G. Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. **Reflexão RH. Pessoal**, p.60-63, jun, 2006. Disponível em <<http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2010.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C; MARQUES, M.C da C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 4, ago. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jun. 2012.

LEFEVRE, A.M.C; CRESTANA, M.F; CORNETTA, V.K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH", São Paulo - 2002. **Saude soc**, São Paulo, vol. 12, n. 2, dec. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 jun 2012.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface** (Botucatu), Botucatu, vol. 10, n. 20, dec. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 June 2012.

LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública**: A pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola, 1986.

MARKERT, W. Trabalho e comunicação: reflexões sobre um encontro dialético de competências. **Educação e Sociedade**. vol.23, n. 79, ago, 2002.

MARTA, G.N et al . O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro, vol. 33, n. 3, Sep. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 July 2012.

MEGALE, L; GONTIJO, E.D; MOTTA, J.A.C. Avaliação de competência clínica em estudantes de pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). **Rev. bras. educ. med**, vol.33, n.2, p. 166-175, 2009.

MELEIRO, A.M.A.S.. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev. Assoc. Med. Bras**, vol.44, n.2, p. 135-140, 1998.

MENDONÇA, A.C; VILLAR, H.C.C.E; TSUJI, S.R. O conhecimento dos estudantes da faculdade de medicina de Marília (Famema) sobre responsabilidade profissional e segredo médico. **Rev. bras. educ. med**, vol.33, n.2, p. 221-229, 2009.

MINAYO, M.C de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.17, n.3, p. 621-626, 2012.

NOGUEIRA, M.I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, vol. 33, n. 2, jun 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 maio, 2010.

NOVAES, M.R.C.G et al. Actitudes Éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas. **Rev. bras. educ. med**, vol.34, n.1, p. 43-56, 2010.

OLIVEIRA, N.A de; ALVES, L.A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro, vol. 35, n. 1, mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 28 maio 2012.

PENA, C.O; URZUA, M.R; ZEPEDA, M.S. Influencia del modelo e imagen del médico durante la formación de pregrado en un grupo de estudiantes de medicina de la universidad de antofagasta. **Acta bioeth**, vol.16, n.2, p.198-206, 2010.

PERIM, G.L et al . Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 11 Maio, 2010.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed. 1999.

PONTES, A.L; REGO, S; SILVA JUNIOR, A.G da. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. **Rev. bras. educ. med**, vol.30, n.2, p. 66-75, 2006.

RABELO, A.O. A remuneração do professor é baixa ou alta? Uma contraposição de diferentes referenciais. **Educ. rev.**, vol.26, n.1, p.57-87, 2010.

REA-NETO, A. Raciocínio clínico - o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. **Rev. Assoc. Med. Bras**, vol.44, n.4, p. 301-311, 1998.

ROCHA, D; DEUSDARA, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, Rio de Janeiro, vol.7, n. 2, p.305-322, dez. 2005.

ROSSI-BARBOSA, L.A.R et al. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. **Rev. bras. educ. med**, vol.34, n.3, p. 363-370, 2010.

RUTHES, RM; CUNHA, ICKO. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, vol.6, n.1, p. 109-12, jan-fev, 2008.

SANTOS, W.S dos. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Rev. bras. educ. med**, vol.35, n.1, p. 86-92, 2011.

SILVA, T.T da. **Documentos de Identidade**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

SILVERIO, M.R et al. O ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente. **Rev. bras. educ. med**, vol.34, n.1, p. 65-73, 2010.

SIQUEIRA-BATISTA, R; SIQUEIRA-BATISTA, R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, ago. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2010.

SOUZA, P.A de; ZEFERINO, A.M.B; DA ROS, M.A. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Rev. bras. educ. med**, vol.35, n.1, p. 20-25, 2011.

TUTUNJI, V.L. Pedagogia da Libertação: o caso do ensino médico. **Rev. bras. educ. med**, vol.33, n.3, p. 472-475, 2009.

TURINI, B et al. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Rev. bras. educ. med**, vol.32, n.2, p. 264-270, 2008.

WINDISH et al. Teaching Communication and Clinical Reasoning. **J gen intern med**, vol.20, p.1108–1113, 2005.

WINGELAAR, T.T; WAGTER, J.M; ARNOLD, A.E. R. Students' educational needs for clinical reasoning in first clerkships. **Perspect Med Educ**. Abril 2012.

VALENTE, S.M.P. **Competencias e habilidades**: pilares do paradigma avaliativo emergente.2002. Dissertação (Doutorado em Parâmetros Curriculares e Avaliação nas Perspectivas do Estado e da Escola). Universidade Estadual de São Paulo, Marília, 2002.

ZABALA, A; ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**: O termo competência surge como uma resposta às limitações do ensino tradicional. Porto Alegre: Artmed, 2010.

YÁNIZ, C .*Las competencias en el currículo universitario: implicaciones para diseñar el aprendizaje y para la formación del profesorado*. **Revista de Docencia Universitaria**. n.1, 2008. Disponível em <http://www.redu.um.es/Red_U/m1/> Acessado em: out, 2010.

APÊNDICE A–ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Situação Problematizadora:

João, 45 anos, casado, desempregado, mora com a esposa e 2 filhos (masculino, de 2 e 15 anos). Procurou atendimento ambulatorial com queixa de cefaleia occipital pulsátil, que piora no final do dia. No exame físico estava com Pressão Arterial (PA) de 160x120 mmHg e sem demais alterações. Foi prescrito Captopril 25 mg para uso naquele momento e solicitado que o Sr. João fosse reavaliado em 1h. Após reavaliação a PA estava em 110x70mmHg. Foi agendado retorno em 15 dias e solicitado que o Sr. João fizesse aferições de PA 3x por semana

Em relação a essa vinheta, supondo que o paciente tenha sido avaliado por um médico, recém-egresso da faculdade de Medicina; qual a sua opinião diante dos seguintes questionamentos:

- 1- Existe algum item que deveria ser mais bem avaliado pelo profissional?
- 2- Se sim, Quais? Por quê?
- 3- Quais competências médicas são necessárias para o atendimento de casos parecidos com o descrito?
- 4- Quais competências pessoais e profissionais são necessárias para o atendimento de casos parecidos com o descrito?
- 5- O Sr(a). apontaria outras competências como importantes para o egresso de Medicina?
- 6- Como a disciplina que o Sr(a). participa contribui para que o aluno realize as ações mencionadas?
- 7- Como a disciplina que o Sr(a). participa contribui para que o aluno adquira e/ou desenvolva as competências mencionadas?
- 8- Gostaria de realizar mais algum comentário?

**ANEXO A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
PROFESSORES**

Eu, _____ idade: _____,
estado civil: _____, profissão: _____, RG: _____
nacionalidade: _____, endereço: _____

estou sendo convidado a participar do estudo denominado: **“PROPOSTA DE UMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA APOIO AO PROCESSO AVALIATIVO DAS COMPETÊNCIAS DO ALUNO DO CURSO DE MEDICINA”**. A pesquisa tem como objetivo geral: desenvolver uma ferramenta que permita ao docente e ao discente acompanhar as competências a serem desenvolvidas/aprimoradas durante o curso de medicina. Os objetivos específicos são: analisar o conteúdo das Ementas Disciplinares do Curso de Medicina, tendo como referência o perfil do egresso e as competências propostas para o curso médico; analisar o discurso do docente do Curso de Medicina, tendo como referência o perfil do egresso e as competências propostas para o curso médico; correlacionar as competências com seus respectivos períodos/semestres da graduação; levantar atributos essenciais para a formação do egresso do curso de medicina para construção da ferramenta e modelar uma ferramenta computacional que permita o acompanhamento e desenvolvimento das competências. O mesmo se justifica pelo fato de que as competências permeiam a formação do estudante e norteiam as diretrizes para o curso médico. Desse modo um instrumento que auxilie em sua organização e visualização irá auxiliar tanto o estudante como o docente e a instituição.

Na minha participação auxiliarei explicitando minha opinião frente às competências, o currículo médico e o ementário disciplinar. A entrevista será gravada em áudio e posteriormente transcrita. Após isso será aplicado o método do Discurso do Sujeito Coletivo para organização dos dados e a análise a partir das teorias de representação social.

Os áudios serão destruídos após a checagem da transcrição pelos pesquisadores envolvidos no estudo e os documentos transcritos preservarão o princípio da confidencialidade, ou seja, meu nome e nem outra forma de me identificar estará exposto nos referidos documentos.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns

benefícios, tais como: contribuir para uma melhor compreensão do currículo, das competências e das diretrizes curriculares do curso de medicina.

Recebi informações de que neste estudo não há risco direto, no entanto, posso me sentir desconfortável para responder algumas perguntas do questionário.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários de que os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são a Prof^a. Dr^a. Marcia Regina Cubas, Camila Ament Giuliani dos Santos Franco e Renato Soleiman Franco. Os telefones de contato: 41-3532-5743, 41-9248-5743 e 41-9248-5353.

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação ou resultado do estudo.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento em dinheiro, desde que devidamente comprovada.

Curitiba, de de 2011

Assinatura dos pesquisadores

Assinatura do participante

ANEXO B PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
Núcleo de Bioética
Comitê de Ética em Pesquisa
Ciência com Consciência

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer Nº 0004944/11

Protocolo CEP Nº 6081

Título do projeto PROPOSTA DE UMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL PARA APOIO AO PROCESSO AVALIATIVO
DAS COMPETÊNCIAS DO ALUNO DO CURSO DE MEDICINA

Grupo
Versão 1

Protocolo CONEP 0112.0.084.000-11

Pesquisador responsável Marcia Regina Cubas

Instituição Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Objetivos

Desenvolver uma ferramenta computacional que permita ao docente e ao discente do curso de Medicina o acompanhamento da avaliação e do desenvolvimento de competências.

- Analisar o conteúdo das Ementas Disciplinares do Curso de Medicina, tendo como referência o perfil do egresso e as competências propostas para o curso médico.
- Analisar o discurso do docente do Curso de Medicina, tendo como referência o perfil do egresso e as competências propostas para o curso médico.
- Correlacionar as competências com seus respectivos períodos/semestres da graduação.
- Levantar atributos essenciais para a formação do egresso do curso de medicina para construção da ferramenta.
- Modelar uma ferramenta computacional que permita o acompanhamento e desenvolvimento das competências dos alunos.

Comentários e considerações

A pesquisa será desenvolvida em três fases, a primeira um estudo exploratório, a segunda descritiva de campo e a terceira uma pesquisa de desenvolvimento.

A segunda fase envolverá professores do curso de medicina, em uma amostra de 18 professores num universo de 214.

Critérios de Inclusão

- experiência docente ou preceptoria superior a três anos;
- estejam envolvidos em atividades teóricas e práticas aos discentes da graduação;
- deve conter docentes com formação (graduação, pós-graduação ou especialização) em diferentes universidades

Critérios de exclusão

- graduação seja inferior a cinco anos e que tenham carga horária semanal igual ou menor a 6hs/aula

Termo de consentimento livre e esclarecido e/ou Termo de compromisso para uso de dados.

Claro e adequado

Conclusões

Está em conformidade com a resolução 196/96 do CNS.

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: **11/05/2011**, manifesta-se por considerar o projeto **Aprovado**.

Situação Aprovado

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Curitiba, 11 de Maio de 2011.

Prof. MSc. Naim Akel Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
PUC PR

