

UNIVERSIDADE DE SOROCABA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Izonete Tereza Palmieri

**PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO INTERNATO DE
PEDIATRIA: ELEMENTOS PARA REFLEXÃO**

Sorocaba/SP

2010

Izonete Tereza Palmieri

**PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO INTERNATO DE
PEDIATRIA: ELEMENTOS PARA REFLEXÃO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. José Dias Sobrinho.

Sorocaba/SP

2010

Ficha Catalográfica

Palmieri, Izonete Tereza
P199p Processo de ensino-aprendizagem no internato de pediatria : elementos para reflexão / Izonete Tereza Palmieri -- Sorocaba, SP, 2010.
91f.

Orientador: Prof. Dr. José Dias Sobrinho.
Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, 2010.

1. Ensino superior – Estudo e ensino. 2. Medicina – Currículos. 3. Curso de Medicina -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -- Sorocaba (SP). I. Dias Sobrinho, José, orient. II. Universidade de Sorocaba. III. Título.

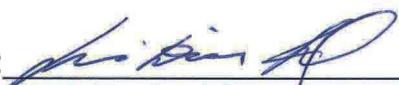
Izonete Tereza Palmieri

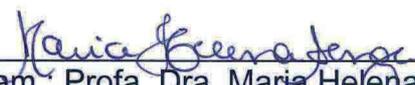
**PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO INTERNATO DE
PEDIATRIA: ELEMENTOS PARA REFLEXÃO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA:

Ass.: 
Pres. Prof. Dr. José Dias Sobrinho -
UNISO

Ass.: 
1º Exam.: Profa. Dra. Maria Helena
Senger - PUC/SP

Ass.: 
2º Exam.: Profa. Dra. Eliete Jussara
Nogueira - UNISO

Aos meus alunos e aos meus amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de fazer esta dissertação.

Aos professores do curso de pós-graduação da UNISO que muito me ensinaram e me transformaram a partir das lições de conhecimento, em especial ao meu orientador Prof. Dr. José Dias Sobrinho pelo crédito e investimento em minha jornada e que me fez entender um pouco deste mundo globalizado.

À professora Dra. Maria Helena Senger, minha colega e companheira na incessante busca de aprimorar o ensino para os alunos da medicina da nossa Faculdade.

Ao professor Dr. Vicente de Paula Almeida Júnior pelas valiosas orientações dadas na minha qualificação.

À professora Dra. Eliete Jussara Nogueira pelas sugestões dadas na minha dissertação.

Ao professor Dr. Pedro Laudinor Goergen pelas suas magníficas aulas.

Aos colegas da pós-graduação, que dividiram comigo suas ideias e angústias no decorrer do árduo percurso.

Aos amigos que me apoiaram e me incentivaram.

À Maria Luisa pelo abstract e principalmente pela amizade.

À Cristina, da Biblioteca da PUC, sempre disponível para me ajudar na formatação do trabalho.

À Inácia, pela revisão do texto.

Ao meu colega e amigo José Eduardo pela grande colaboração na análise dos dados estatísticos.

Ao professor Neil pelas sugestões.

À Cecília, pela companhia e pelo apoio.

"Educação é um processo vitalício, e o que fazemos nós, docentes, é somente instilar princípios, conduzir o estudante no caminho certo, apresentar-lhe métodos, ensinar a ele como estudar, e como discernir, logo, o essencial do não essencial".

William Osler.

RESUMO

Esta dissertação apresenta alguns elementos para o processo de ensino e aprendizagem no internato de Pediatria. Com a implantação das novas diretrizes curriculares do MEC, surgiu o desafio de elaborar um novo modelo de internato médico no curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba da PUC-SP. Foi feito um estudo entre o paradigma Flexneriano adotado na Faculdade de Medicina de Sorocaba na sua estruturação curricular e o paradigma da integralidade que vem substituí-lo. São apresentadas também as novas estratégias de ensino e aprendizagem utilizadas no curso médico. Analisa-se um histórico do internato médico desde a sua origem nos Estados Unidos, seu início no Brasil e na Faculdade de Medicina de Sorocaba. É apresentada uma proposta para o novo internato de Pediatria fundamentada no incentivo do crescimento pessoal, buscando exemplos como William Osler, que exercia a medicina inspirado no amor e respeito ao doente, adquirindo conhecimentos de humanismo e de bioética, diversificando os cenários de aprendizagem e utilizando métodos avaliativos formativos como o mini-CEX. Realizou-se também um questionário de avaliação aos internos do 5º ano de Pediatria, mostrando um bom índice de concordância.

Palavras-Chave: Ensino médico; Internato de Pediatria; Flexner; Integralidade; Osler; Mini-CEX.

ABSTRACT

This dissertation presents some elements of the teaching and learning process inside the Pediatrics internship. Due to the implementations of the new Curriculum Guidelines of the MEC (Ministry of Education), a challenge has arisen in order to develop a new model of medical internship in the school of medicine at Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde of PUC-SP in Sorocaba (SP, Brazil). It has been carried out a study between the Flexnerian paradigm which has already been adopted by the School of Medicine of Sorocaba in its curriculum design and the integrality paradigm that emerges as a possibility to replace that one. The new strategies of teaching and learning are also presented in order to be used in the medical courses. It has been analyzed the history of the medical internship since its origin in the United States of America, its start in Brazil and in the School of Medicine of Sorocaba. It has been presented a proposal for the new Pediatrics internship based on the encouragement of personal growth, looking at examples of William Osler who had practiced medicine inspired on love and respect for the patients. This new paradigm brings the possibility of acquiring knowledge of humanism and bioethics, of diversifying learning scenarios and of using formative assessment methods such as mini-CEX (mini-Clinical Evaluation exercise). It has also been administered an evaluation questionnaire to the interns of the 5th year of Pediatrics course which has shown a good concordance index.

Key-words: Medical Teaching; Pediatrics Internship; Flexner; Osler; Mini-CEX.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Diferenças entre os paradigmas Flexneriano e da Integralidade.....	21
Quadro 2	Diferenças entre os cenários de prática dos paradigmas Flexneriano e da Integralidade.....	22
Quadro 3	Escala de concordância.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resultado do <i>Ranking</i> Médio (RM).....	69
Tabela 2	Porcentagem de respostas sobre a aplicação do mini-CEX.....	70
Tabela 3	Tabela de Índice de Concordância e Porcentagem: UBS.....	84
Tabela 4	Tabela de Índice de Concordância e Porcentagem: Berçário.....	85
Tabela 5	Tabela de Índice de Concordância e Porcentagem: PA.....	86
Tabela 6	Tabela de Índice de Concordância e Porcentagem: Discussões de Casos e Seminários.....	87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABEM Associação Brasileira de Educação Médica

ABP Aprendizagem Baseada em Problemas

CFE Conselho Federal de Educação

CINAEM Comissão Interinstitucional. Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CNE Conselho Nacional de Educação

CNS Conselho Nacional de Saúde

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

ME Ministério da Educação

MEC Ministério de Educação e Cultura

MINI-CEX *Mini-Clinical Evaluation Exercise*

PA Pronto Atendimento

PAS Programa de Atenção à Saúde

PSF Programa Saúde da Família

PUC-SP Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RN Recém-nascido

SISNEP Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

URE Unidade Regional de Emergência

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	FLEXNER E METODOLOGIAS ATIVAS.....	15
2.1	Paradigma Flexneriano X Paradigma da Integralidade.....	15
2.2	Estratégias de Ensino e Aprendizagem.....	25
2.2.1	Aprendizagem baseada em problemas.....	26
2.2.2	Passos da sessão de tutoria.....	28
2.2.3	Problematização.....	30
3	INTERNATO MÉDICO.....	32
3.1	Histórico.....	32
3.2	A Lei.....	32
3.3	As Diretrizes Curriculares.....	33
3.4	O Internato na PUC-SP.....	33
3.5	Necessidades de mudança no internato.....	36
4	UM NOVO INTERNATO DE PEDIATRIA.....	38
4.1	William Osler.....	38
4.2	Medicina e Humanismo.....	47
4.3	Bioética.....	49
4.4	Cenários de Aprendizagem.....	53
4.5	Avaliação.....	55
4.5.1	Avaliação no internato.....	56
4.5.2	Formas de avaliação.....	57
4.5.3	Avaliação para os alunos do 5º ano de Pediatria.....	65
5	AVALIAÇÃO DO INTERNATO DE PEDIATRIA (5º ANO).....	67
5.1	Questionário.....	67
5.2	Resultados.....	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICE A- Questionário.....	81
	APÊNDICE B- Tabelas de Ranking Médio (RM) e Porcentagem	84
	ANEXO A- Mini-CEX.....	88
	ANEXO B – Aprovação do Projeto de Pesquisa e Emendas.....	89
	ANEXO C – Registro no SISNEP.....	90
	ANEXO D – Termo de Consentimento livre e esclarecido.....	91

1 INTRODUÇÃO

O internato médico corresponde à última etapa do curso médico. É a parte essencialmente prática do aprendizado em serviço. O ensino baseado nas metodologias ativas no Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP teve seu início em 2006 e, em 2010, iniciou o novo internato médico nessa metodologia.

É necessário acompanhar este novo modelo de ensino e aprendizagem, avaliando e promovendo as necessárias modificações, a fim de formar um médico de acordo com o perfil exigido pelo MEC:

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

A justificativa do tema está na necessidade de construir um modelo de internato na nova metodologia adotada no curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP. Os alunos, em geral, estão interessados em passar no exame da Residência e fazem “cursinhos” para isso, aprendendo a responder perguntas e não a resolver problemas. É preciso mudar. Mudar a forma de ensino-aprendizagem e a forma de avaliação. É preciso ensinar a importância do atendimento médico humanizado ao estudante de medicina para que ele possa cumprir seu papel na sociedade como médico.

O objetivo principal desta dissertação é apresentar alguns elementos para os processos de ensino-aprendizagem em um internato de Pediatria, de um curso médico com currículo inovador, que contribua na formação de um médico generalista. Médico este, comprometido com as reais necessidades da população e envolvido com as características humanas do paciente, e propondo ainda métodos de avaliação adequados para alcançar este objetivo.

Os objetivos específicos visam buscar respostas às seguintes perguntas:

1- Como ensinar o conhecimento científico específico da Pediatria com formação geral, crítica e reflexiva incentivando o crescimento pessoal, capaz de dar conta da compaixão, gentileza, bom relacionamento e disponibilidade do novo profissional para com o paciente?

2- Quais os cenários de aprendizagem mais adequados para o ensino da Pediatria no internato e quais os níveis de atenção à saúde são necessários?

3- Quais os métodos de avaliação: somativos e formativos que melhor se aplicam, levando em consideração a eficiência, a operacionalidade e os custos?

Partimos da premissa de que, em geral, a educação médica está dissociada das necessidades sociais e afastada das pesquisas em áreas das doenças prevalentes em nosso país. Segundo Feuerwerker (2002, p. 13), o médico formado pela maioria das escolas médicas é um pretense “especialista” que obrigatoriamente necessitará completar sua formação na Residência Médica, enquanto a necessidade social é de um médico com formação geral, capaz de priorizar a promoção à saúde, a prevenção das doenças e solução das afecções mais prevalentes.

O processo de especialização teve forte impacto sobre a organização da prática médica. Aos poucos, foi desaparecendo o espaço para a prática do generalista e os especialistas passaram a ser a porta de entrada dos pacientes aos sistemas de saúde (público e privado). Multiplicaram-se as consultas, divididas entre os responsáveis pelo cuidado de um ou de outro aparelho, e diminuiu a resolubilidade em relação aos problemas de saúde de cada pessoa. Sabe-se que, para problemas comuns (que poderiam ser abordados e resolvidos por um generalista), o olhar do especialista, além de ser fragmentado, é mais oneroso, pois são pedidos exames desnecessários, mais caros, sem que exista diferença na resolução da consulta (FEUERWERKER, 2002, p. 13).

O completo delineamento do internato para as áreas básicas (clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria ginecologia/obstetrícia e medicina preventiva), exigidas pelo MEC, no novo currículo do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba, está em fase de construção. Consideramos oportuno elaborar um projeto para o internato de Pediatria, com todas as suas características, com atividades nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), com forte componente humanístico e voltado para as necessidades de saúde de nossa região, associado às propostas de avaliações formativas e somativas, adequadas à formação deste novo profissional de medicina para que ele possa cumprir seu papel na sociedade como médico.

A dissertação está organizada em 4 capítulos. No primeiro discutimos Flexner e as metodologias ativas. No segundo analisamos o internato médico. No terceiro: apresentamos um novo internato de Pediatria percorrendo sobre William Osler, Medicina e Humanismo e

Bioética. No quarto capítulo apresentamos os resultados do primeiro ano do internato de Pediatria aplicando um questionário de avaliação aos alunos do quinto ano.

2 FLEXNER E METODOLOGIAS ATIVAS

2.1 Paradigma Flexneriano X Paradigma da Integralidade

Neste capítulo comparamos o paradigma da educação médica vigente desde o relatório Flexner e o paradigma da integralidade que vem substituí-lo.

O paradigma da educação médica (da formação em saúde) tem sido caracterizado pelo modelo que resultou do Relatório Flexner, impulsionando o estudo e a pesquisa nas ciências básicas e especializadas com desenvolvimento do conhecimento de uma forma fantástica e sem precedentes, mas fragmentado e disjunto. A fragmentação do conhecimento nas diversas especializações médicas possibilitou a sua ampliação e aprofundamento, mas limitou a visão e distanciou-se do ser humano como um todo no seu contexto (FLEXNER, 1910).

O advento da Medicina Preventiva nas escolas médicas, nas décadas de 60/70, tentou recuperar este distanciamento, mas ficou restrita a um destes fragmentos, na forma de uma disciplina ou departamento agregado aos currículos que já existiam sem alterar sua estrutura. Porém, a falta de uma integração dos conhecimentos na abordagem da saúde incentivou a crescente busca de soluções. Hoje se identifica bem uma disjunção entre a realidade e os modelos existentes e as explicações meramente biológicas para os fenômenos não satisfazem, criando assim, as condições para uma mudança de paradigma.

Dando sinais de exaustão, o chamado paradigma flexneriano abre espaço para um modelo que preencha falhas e equilibre as oscilações entre tecnologia e humanismo, orientado para o atendimento de necessidades sociais, sem reduzir o ritmo do desenvolvimento científico – a busca da excelência técnica com o da relevância social.

Duas conferências mundiais de educação médica (Edimburgo, 1988 e 1993) e cinco conferências internacionais sobre promoção da saúde (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000) são marcos de âmbito mundial que dão embasamento, com tantos outros estudos, para a construção do novo paradigma.

Este paradigma vem assim se delineando, no Brasil, em vários movimentos e projetos na construção de um novo modelo para formar os profissionais de saúde. No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1987), o movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Brasileira (1988), e, mais recentemente, a homologação das Diretrizes Curriculares (ME/CNE, 2001) dão uma sequência da consolidação, em leis e decretos, do encaminhamento

para as mudanças nas ações de saúde e na formação de recursos humanos com preparação adequada para prestar uma assistência de qualidade em saúde, com abordagem integral, interdisciplinar, multiprofissional e equitativa (LAMPERT, 2004, p. 1).

Nos Estados Unidos da América, o educador americano Abraham Flexner, após seu comissionamento na *Carnegie Foundation*, em dezembro de 1908, vistoriou pessoalmente todas as 155 escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá em um período de 180 dias e, em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United State and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner.

Flexner deparou com distorções, ao analisar o ensino médico da época. Dentre elas, as principais foram as seguintes:

- Como os critérios para admissão em muitas escolas eram mínimos, qualquer um podia tornar-se aprendiz. Anteriormente, somente a Escola de Medicina Johns Hopkins, a partir de 1890, passou a exigir o curso correspondente ao atual ensino médio, para o estudante ser admitido;

- Os estudantes não tinham contato direto com os pacientes, o ensino era realizado por demonstrações. Formavam-se muitos médicos com poucos conhecimentos e prática profissional inadequada;

- Os métodos de ensino eram quase que exclusivamente teóricos.

Flexner recomendou que:

- As escolas médicas deveriam se ligar a Universidades, para que padrões de ensino fossem desenvolvidos;

- Que o ensino da Medicina fosse estruturado sobre um alicerce científico e que principiasse com sólida fundamentação das ciências básicas e os estudos clínicos sobreviessem em uma fase posterior.

- Contratassem docentes para as escolas médicas com grande interesse em pesquisa e que pudessem dedicar-se em tempo integral;

- Os estudantes devessem ter contato estreito com pacientes nas enfermarias hospitalares;

- As soluções para os problemas em Medicina Clínica deveriam ter uma abordagem eminentemente “científica”.

Essas recomendações fizeram com que metade das escolas médicas da época fechasse suas portas nos Estados Unidos. As que permaneceram em funcionamento e as recém-criadas passaram a incorporar princípios de várias ciências básicas e a adotar como fórmula “mágica” a teoria positivista (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2005, p. 25-26).

O modelo flexneriano de educação médica disseminou-se e foi adotado pelas escolas médicas do mundo inteiro.

As escolas médicas no Brasil, a partir da Reforma Universitária de 1968, passam a adotar oficialmente o modelo americano. As cátedras são substituídas por departamentos contendo disciplinas; o ensino fica dividido em dois ciclos, um de disciplinas básicas: o ciclo básico - e outro: o ciclo clínico - de disciplinas ditas profissionalizantes que correspondem às especialidades e ao estágio denominado Internato curricular.

A partir da reforma, desapareceram as cátedras, e o que foi reconhecido como um progresso passou a constituir um problema, pelo fato das disciplinas pouco interagirem, mesmo fazendo parte de um mesmo departamento. Não basta que Flexner tenha exortado o humanismo, pois a estrutura paradigmática com a qual trabalha é essencialmente individualista, biológica, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações (LAMPERT, 2002, p. 64-65).

Não há dúvida dos benefícios trazidos pelo relatório Flexner, apropriado à época. Questiona-se, no entanto, a aplicação de seus princípios depois de um século de sua publicação. Ao longo deste e do último século, o conhecimento passou a ser segmentado e o ensino médico foi compartimentalizado em múltiplas disciplinas estanques, deixando-se de analisar o ser humano como um todo e ignorando seus aspectos psico-sociais. A cada nova descoberta da ciência médica, uma disciplina inédita era necessariamente construída.

O ser humano passou a ser visto como um estômago com câncer, um coração insuficiente. Cirurgiões passaram a referir-se não mais ao indivíduo doente que necessita de uma determinada intervenção cirúrgica, mas à cirurgia de um apêndice, de uma próstata, como se o paciente como tal não contasse neste contexto. Muitas das mazelas do currículo médico alicerçaram-se sobre os aspectos acima descritos, que propiciaram a perda dos

parâmetros conceituais fundamentais para a construção de um ensino adequado (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2005, p. 26-27).

A ideia de se formular um novo paradigma, para se contrapor ao modelo hospitalocêntrico, vem sendo elaborada desde a década de 60, com advento da proposta da medicina preventiva. A declaração de Alma-Ata em 1978, sob o lema Saúde Para Todos no ano 2000, foi um marco político de âmbito mundial, que visou alavancar a realização da atenção primária em saúde para todos, indistintamente, até o final do século XX.

Mas foi na Conferência de Ottawa (1986) que se formulou oficialmente a proposta de Promoção da Saúde e que ampliou o entendimento de que a saúde é qualidade de vida. Isso se fez com a identificação dos determinantes da saúde situados no campo biológico e, além dele, no estilo de vida do indivíduo e no meio ambiente em que se insere, os quais são elementos fundamentais para compor uma existência saudável.

No Brasil, o modelo da medicina preventiva e da promoção da saúde teve na VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) e no movimento da Reforma Sanitária seus dois marcos históricos fundamentais (LAMPERT, 2002, p. 66).

A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuía para o referido instituto.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, contou com a participação de técnicos do setor de saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes.

O fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Constituição Federal de 1988, regulamentado na Lei Federal nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e na Lei Federal nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular.

A promulgação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em seu artigo 2º, garante que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

No final do século XX, o contexto epistemológico, social e sanitário muda. A dualidade mente-corpo vai sendo questionada nas suas implicações sobre a forma de pensar a saúde, tornando-se imperativo incluir o aspecto emocional na descrição da gênese das doenças e na sua abordagem terapêutica.

Igualmente importante foi a inclusão de fatores sociais e ambientais na discussão sobre relações causais em saúde (CERQUEIRA-SILVA; DESSEN; COSTA JÚNIOR, 2008, p. 5).

Redescobre-se o efeito terapêutico da relação médico-paciente. Compreender o sofrimento do indivíduo enfermo, perceber a dimensão subjetiva da doença e interagir com aquele que sofre torna-se uma das funções mais refinadas entre as que constituem o papel do profissional de saúde.

A capacidade do profissional de saúde de se comunicar adequadamente com seu paciente não é uma habilidade adquirida naturalmente com o tempo, mas algo que depende e é impulsionado pelo processo educacional (CAPRARA; RODRIGUES, 2004, p. 143).

No campo social, a elevação da expectativa de vida produz uma mudança na estrutura etária da população, gerando um aumento crescente na faixa de pessoas com mais de sessenta e cinco anos. Com isso, tem-se o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas que demandam atenção longitudinal de longo prazo, exigindo respostas, qualitativamente diferentes por parte do sistema de saúde (KILSZTAJN et al., 2003, p.96).

O aumento do acesso das diversas camadas sociais à informação, produzindo consumidores de serviços de saúde bem informados, associado com o aperfeiçoamento da consciência de cidadania, pressiona por mudanças na natureza e qualidade dos cuidados oferecidos (GARBIN; PEREIRA NETO; GUILAM, 2008, p. 581).

Profissionais de saúde com maior capacidade de comunicação são indispensáveis, implicando na necessidade de produzir alterações em profundidade no seu processo de formação. São necessários novos padrões de qualidade, mudança no desempenho profissional.

No Simpósio Internacional - Os desafios do ensino da Atenção Básica – de 2007, Salman Rawaf refere que no modelo inglês desde 1974 o sistema é totalmente atendido por médicos generalistas, com salário superior aos especialistas, custando o sistema de atenção primária cerca de 21% do orçamento da saúde, para atender a 80-90% dos atendimentos.

Salman Rawaf relata que para o cumprimento de suas atribuições o profissional deve ser capacitado em clínica, comportamento, comunicação, ética, tendo como foco a relação com o paciente (RELATÓRIO, 2007).

Sistemas de saúde em que os hospitais constituem seu “locus” principal de operacionalização transformam-se em verdadeiros buracos negros, espaço com enorme força sugadora de recursos e de baixa capacidade geradora de respostas efetivas para promover saúde.

Como alternativa, projetam-se sistemas de saúde, centrados e liderados pela atenção primária, operando na comunidade com uma lógica e um olhar diferente sobre o adoecer humano. Os novos serviços de saúde assim organizados requerem profissionais com capacidade para articular: promoção, prevenção, cura e reabilitação, visualização da dimensão coletiva dos problemas, compreensão do indivíduo em seu contexto psicossocial e atuação na gestão de serviços. Exigem-se, agora, pessoas dotadas de espírito crítico e de visão sistêmica, capazes de iniciativas inovadoras para gerar soluções eficientes para problemas multidimensionais.

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada (BRASIL, 2000, p. 317).

Como a Faculdade de Medicina de Sorocaba foi criada em 1951, sua estruturação curricular baseou-se nos parâmetros ditados pelo citado “Relatório Flexner” e, portanto, sofreu a incorporação da mesma base e da mesma lógica da visão científica moderna, racionalista e positivista que imperou e ainda impera em quase todas as áreas do conhecimento (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2005, p. 28).

Esse modelo de formação médica de um século de existência não acompanhou as mudanças ocorridas na sociedade e dá sinais evidentes de sua inadequação ao mundo atual.

O escasso tempo para ministrar tantas disciplinas fez com que a metodologia educacional se centrasse nas aulas magistrais teóricas ou nas demonstrações. Exigia-se dos estudantes, passivos, nessa estratégia, atenção total à fala do professor, silêncio absoluto e cópia das informações apresentadas que deveriam ser memorizadas para reprodução posterior nas avaliações somativas (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2005, p. 32).

Contrapondo-se ao paradigma flexneriano surgiu o paradigma da integralidade.

Segundo Jadete Barbosa Lampert (2004), em relação à abordagem pedagógica temos:

no Paradigma Flexneriano:

no Paradigma da Integralidade:

Estrutura curricular fracionada em ciclo básico e profissionalizante e disciplinas fragmentadas	Estrutura curricular com atividades integradas em disciplinas ou em módulos
O processo ensino-aprendizagem centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas com grande grupo de alunos.	O processo ensino-aprendizagem centrado no aluno com papel ativo na construção do próprio conhecimento, tendo o professor papel de facilitador em atividades mais interativas com pequenos grupos de alunos
Avaliação da memorização e raciocínio clínico em prova escrita e habilidades selecionadas.	Avaliação do desempenho na prática clínica e social de desempenhos, habilidades e atitudes.

Quadro 1. Diferenças entre os paradigmas Flexneriano e da Integralidade

Em relação ao cenário de prática temos:

Paradigma Flexneriano	Paradigma da integralidade
Prática no hospital secundário e terciário com enfoque fortemente voltado para as doenças graves.	Prática na rede do sistema de saúde em graus crescentes de complexidade voltada para as necessidades de saúde prevalentes dentro de uma visão intersetorial com enfoque na saúde.
Aluno observador da prática com oportunidade a atividades selecionadas.	Aluno com oportunidade de prática ampla de complexidade crescente e supervisionada por docente.
Atividades práticas quando oportunizadas ao aluno se restringem ao âmbito das especialidades-visão segmentada do paciente	Atividades práticas cobrindo vários programas e serviços de forma integral (adulto, materno-infantil, medicina do trabalho, urgências, etc.)

Quadro 2. Diferenças entre os cenários de prática dos paradigmas Flexneriano e da Integralidade.

Ainda segundo a autora, o paradigma da integralidade induz à construção de um novo modelo pedagógico, visando o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social (LAMPERT, 2002, p. 69).

A aplicação desse novo paradigma ficou facilitada pela publicação das diretrizes curriculares para o curso de graduação em Medicina que foram homologadas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) em 7 de novembro de 2001, através da Resolução de número 4.

Tais diretrizes foram editadas após amplo debate com a sociedade, incluindo-se aí a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Rede Unida e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica (CINAEM).

A construção dos currículos das Escolas Médicas baseados no modelo Flexneriano já demonstra sua inadequação quando confrontado com a descrição do perfil dos egressos da Escola Médica constante nas diretrizes do MEC.

A ação interdisciplinar deve constituir-se como uma reação à fragmentação do conhecimento. Implica na busca constante de superação da mera superposição de conhecimentos (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2005, p. 37).

É fundamental o estímulo a práticas de reciprocidade e de troca entre áreas diferentes de saber, tanto para a produção de novos conhecimentos, em uma perspectiva transdisciplinar, como para a análise e solução de problemas, de modo mais abrangente e multidimensional (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2005, p. 35).

A proposta de alteração do projeto pedagógico do curso de Medicina da PUC-SP, indica a substituição da educação tradicional, em que o estudante é passivo, exímio memorizador e que não resolve problemas, pela educação problematizadora (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2005, p. 49), que segundo Paulo Freire (2007, p. 80):

Quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder ao desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isto, cada vez mais desalienada.

E ainda, é muito importante: “Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção [...]” (FREIRE, 1996, p.52).

Nos países em desenvolvimento, onde a saúde da população necessita de cuidados “primários” ligados especificamente à prevenção das doenças e à manutenção da saúde, os produtores de tecnologia que movimentam a indústria farmacêutica utilizam influências econômicas para convencer os governos a despender mais recursos com a medicina curativa, buscando lucro, em detrimento das necessidades de saúde da população, especialmente a de mais baixa renda.

O médico é um profissional muito assediado pela poderosa indústria farmacêutica, que tenta aliciá-lo das mais diversas maneiras para, por seu intermédio, conseguir vender os seus produtos. E alguns médicos concordam em agir conforme as condutas que lhes são propostas pelos representantes de laboratórios farmacêuticos e acabam praticando condutas antiéticas (SILVA, 2008, p. 1925).

Os profissionais médicos têm buscado especialização em atividades com procedimentos, usando tecnologia avançada, na busca de melhores proventos, pois o próprio Estado e as prestadoras particulares de convênios médicos pagam de modo diferenciado os atendimentos de especialidade, particularmente os que usam novas tecnologias.

A tecnologia é simplesmente o braço armado das ciências médicas: geralmente olhos e ouvidos nos diagnósticos, braços e mãos nos tratamentos. O paciente ganha com o uso da tecnologia e perde, e muito, com seu abuso. O abuso da tecnologia ou o seu uso em substituição à clínica encarece e são causas de iatropatogenias, ou seja, males causados pelos usos impróprios ou errados da atividade médica. A Medicina é uma atividade de relação interpessoal; e o cérebro humano é a "tecnologia" soberana e insubstituível nessa atividade. Portanto, ganha o paciente cujo médico com ele souber se relacionar e que usa prioritariamente sua capacidade de raciocínio e sua sabedoria para compreender e encaminhar os seus males nas esferas física, psíquica e social (LONDRES, 2003, p. 4).

A figura de profissionais com visão generalista para adulto e criança vem desaparecendo. Em seu percurso formativo, na faculdade, os estudantes fazem especialização precoce, estimulados pelo mercado.

Cabe ressaltar que há no país quase 45.000.000 de pessoas com cobertura de saúde suplementar (BRASIL, 2006).

Nestes serviços, o médico tem tempo determinado de atendimento, o paciente não é seu cliente, não tem seguimento horizontal descaracterizando a relação médico-paciente. Este último aspecto, lamentavelmente, também ocorre no Sistema Único de Saúde. Por este motivo, iniciativas como o Médico da Família, integrando uma equipe multiprofissional, é uma iniciativa de grande importância para a saúde brasileira, que, além do atendimento, tem importante papel na educação em saúde, respeitando o conhecimento e a natureza da comunidade (RONCOLETTA; LEVITES; MONACO, 2009, p. 109).

O sentido do trabalho médico desperta reflexões, pois, muitas vezes está a serviço de grandes corporações, desmotivado, com condições nem sempre adequadas para realização de diagnósticos e tratamentos, com olhar para o ser humano doente, fragmentado e limitado, trazendo vícios educacionais da especialização precoce.

Tentar reverter esta situação, construindo melhor ensino para futuro médico, tornando-o um médico solidário com seu semelhante, comprometido com seu papel político na sociedade e uma luta constante por uma estrutura adequada para o atendimento ao paciente é um desafio que deveria fazer parte da agenda educativa dos cursos de medicina.

A preocupação com o internato de Medicina tem permeado vários encontros, simpósios e congressos de ensino médico. A qualidade dos cursos de medicina e os profissionais médicos têm sido assuntos frequentes na sociedade brasileira.

Como todas as atividades na área da saúde são amplas, elas atingem o ser humano como um todo (físico, psicológico e social) e podem estar relacionadas com o meio ambiente, portanto, o médico não deixa de ser um educador. Deveria fazer parte de suas competências, também, exercer função transformadora da sociedade com uma educação, para além do capital, principalmente se ele cuidar de crianças. É importante o aluno saber que:

A criança é um ser em desenvolvimento e representa o mais rendoso investimento espiritual, social e econômico, pois todo progresso humano é feito por adultos, que lá chegaram graças ao cuidado que tiveram na infância [...]” (ALCÂNTARA, 2002, p. 3).

No internato de Pediatria até 2009, os alunos tinham contato principalmente com pacientes graves no hospital e pouco contato com o atendimento primário nas Unidades Básicas de Saúde, não faziam visitas domiciliares, e pouco viam da vida que os pequenos pacientes levam.

O papel da educação, incluindo a educação em saúde, é soberano, seja para mudar as condições de reprodução, seja para a automudança dos indivíduos com o intuito de concretizar uma nova ordem social.

2.2 Estratégias de Ensino e Aprendizagem

As novas estratégias de ensino e aprendizagem buscam propiciar aos alunos melhores possibilidades de apropriação do conhecimento.

Quando o professor é desafiado a atuar numa nova visão em relação ao processo de ensino e de aprendizagem, poderá encontrar dificuldades, até mesmo pessoais, de se colocar numa diferenciada ação docente. Geralmente, essa dificuldade se inicia pela própria compreensão da necessidade de ruptura com o repasse tradicional.

Caso esse obstáculo seja vencido, ele ainda se vê diante de novos desafios para atuar de forma diferente, como: lidar com questionamentos, dúvidas, inserções dos alunos, críticas, resultados incertos, respostas incompletas e perguntas inesperadas (ANASTASIOU; ALVES, 2003, p. 71).

Na metodologia tradicional, a principal operação exercitada era a memorização; hoje, esta se revela insuficiente para dar conta do profissional de que a realidade necessita; há necessidade de novas metodologias.

Na metodologia dialética, o docente deve propor ações que desafiem ou possibilitem o desenvolvimento das operações mentais. Para isso, organizam-se os processos de apreensão de tal maneira que as operações de pensamento sejam despertadas, exercitadas, construídas e flexibilizadas pelas necessárias rupturas, por meio da mobilização, da construção de sínteses, devendo estas ser vistas e revistas, possibilitando ao estudante sensações ou estados de espírito carregados de vivência pessoal e de renovação. Nisso o professor deverá ser um verdadeiro estrategista, o que justifica a adoção do termo estratégia, no sentido de estudar, selecionar, organizar e propor as melhores ferramentas facilitadoras para que os estudantes se apropriem do conhecimento (ANASTASIOU; ALVES, 2003, p. 69).

As estratégias que serão praticadas no internato de Pediatria são: Portfólio, Seminário, Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), que representa a principal estratégia utilizada na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP e problematização na Prática em Atenção à Saúde (PAS).

2.2.1 Aprendizagem baseada em problemas

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) nasce no final dos anos sessenta, quando um grupo de inovadores na Universidade de MacMaster em Hamilton, Canadá, decide realizar uma reforma na educação médica através de um novo currículo que se baseasse fundamentalmente no estudo de problemas. A ideia, embora representasse a iniciativa pioneira no ensino médico, não era de todo original. Uma experiência ocorrida nos anos trinta, na *Harvard Business School*, já havia introduzido a discussão em grupos de problemas da vida real como parte importante do processo de aprendizagem. A discussão dos casos ocorria principalmente nos estágios finais do curso, numa fase em que os estudantes já haviam aprendido grande parte do conteúdo curricular num ambiente educacional onde os estudantes tivessem oportunidade de aplicar conhecimentos previamente adquiridos.

Em MacMaster, na Aprendizagem Baseada em problemas, todo o conhecimento necessário para a solução do problema era construído mediante o trabalho com a situação problemática. A confrontação com o problema desencadeava o processo de aprendizagem, constituindo-se no aspecto central de todo o programa curricular.

A partir de uma experiência embrionária na *Business School* de Harvard, recriada na escola médica de MacMaster, disseminou-se para outras universidades, em especial para a

Universidade de Maastricht, Holanda, onde se desenvolveu e adquiriu uma fração significativa do alicerce empírico que hoje sustenta seu edifício doutrinário.

Em relação aos ancestrais da Aprendizagem Baseada em Problemas as proposições existentes apontam o filósofo John Dewey e o psicólogo Jerome Bruner como tendo lançado as bases intelectuais para o desenvolvimento da ideia.

Jerome Seymour Bruner, psicólogo americano, é reconhecido como um dos primeiros elaboradores de uma formulação complexa do uso de problemas na educação.

As concepções de Bruner podem ser consideradas como precursoras mais imediatas da Aprendizagem Baseada em Problemas. Um recuo maior no tempo, no entanto, faz-se necessário para que possamos deitar o olhar sobre a produção intelectual de um dos maiores expoentes do pensamento filosófico americano, John Dewey (1859-1952). Nele vamos encontrar os fundamentos conceituais mais amplos e primeiros dessa proposta educacional, suas raízes filosóficas, expressos em uma variedade de textos que promoveram a ruptura com todo um sistema arcaico de crenças e práticas em educação e a formulação de uma visão inovadora do processo de aprendizagem (PENAFORTE, 2001, p. 52-55).

Os alunos de Medicina de Sorocaba da PUC-SP já estão integrados ao novo currículo desde 2006. Neste currículo, o curso de medicina utiliza os seguintes recursos para as aprendizagens: aprendizagem baseada em problemas (para aprendizado teórico), problematização (para aprendizado prático nas comunidades-prática de atenção à saúde), sustentações teóricas, sustentações aplicadas, habilidades. Há ainda a possibilidade de usar a aprendizagem através de projetos.

A aprendizagem na ABP inicia-se quando os estudantes recebem um problema elaborado a partir de uma situação do cotidiano, o que cria um contexto de aprendizagem significativa. O problema tem a função de desafiar e motivar os estudantes a compreendê-lo. A discussão do problema num pequeno grupo (sessões de tutoria) faz com que os conhecimentos prévios sejam postos em jogo e dessa forma propiciem a ancoragem das novas informações, criando verdadeiras redes semânticas. Nesse cenário, o aprendizado se dá de forma cooperativa, minimizando a competição e capacitando os estudantes para o trabalho em equipe baseado num relacionamento interpessoal construtivo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE DE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2005, p. 55-56).

A ABP baseia-se em sessões de tutoria em que as turmas são subdivididas em subgrupos de 6 a 10 alunos. Cada um deles será conduzido por um tutor (professor, não obrigatoriamente especialista no assunto). O papel do tutor não é o de oferecer respostas às dúvidas dos alunos, mas sim instigá-los a estudar e a procurar esclarecimentos em textos de livros, revistas e em material didático da própria faculdade (laboratórios, exames de imagens, museu de peças, lâminas, etc.).

Também tem o papel de estimular os alunos a buscar ajuda com os professores consultores, ou seja, é um facilitador e mediador entre os estudantes e o conhecimento.

Na dinâmica da tutoria, deve existir, além do tutor (ou facilitador), um secretário (ou relator) e um coordenador, escolhidos entre os alunos do grupo em cada sessão em sistema de rodízio para que todos tenham a oportunidade de exercitar estas funções.

Tecnicamente, o ciclo de atividades da tutoria é denominado de “passos da ABP”. O processo se inicia com a leitura do problema, elaborado previamente, resultado de uma construção coletiva dos docentes envolvidos, contemplando os objetivos de ensino-aprendizagem para aquele módulo.

2.2.2 Passos da sessão de tutoria

Passo um: Esclarecimento dos termos e expressões no texto do problema - Todos os termos desconhecidos e aqueles que permanecerem sem definição satisfatória ao serem discutidos no grupo serão objetos de estudo, devendo ser esclarecidos pelos alunos na próxima sessão.

Passo dois: Definição do problema - Após discussão pelo grupo, que será coordenada pelo aluno eleito coordenador, nomeado a cada sessão pelos seus pares e supervisionada pelo tutor, serão definidas pelo aluno secretário daquela sessão (eleito e nomeado da mesma forma que o aluno coordenador) as questões a serem objeto da análise que serão escritas no quadro, para visualização de todos.

Passo três: Análise do problema (tempestade de ideias) – A discussão deverá ser encaminhada para delimitação das questões, procurando algumas explicações baseadas nos conhecimentos prévios que os próprios alunos trazem consigo.

Passo quatro: Sistematizar as explicações com a proposição de hipóteses - Na sequência, os alunos propõem, na formatação científica, algumas justificativas plausíveis para explicar as questões previamente levantadas e/ou o problema como um todo.

Passo cinco: Proposição dos objetivos de aprendizado – Os estudantes deverão propor quais os objetivos da aprendizagem que darão conta de validar as hipóteses construídas, ou seja, o que eles devem aprender para entender o problema, as questões propostas.

Passo seis: Criação de um plano de ação – O grupo de estudantes, com a ajuda do tutor, deverá sistematizar as atividades necessárias para atingir os objetivos de aprendizado, por exemplo: contatar professores consultores, acessar livros texto, revistas, sites da internet, visitar laboratórios, enfermarias, outros logradouros, etc.

Passo sete: Auto-aprendizagem - Individualmente, entre uma sessão de tutoria e outra, os alunos deverão estudar os termos desconhecidos do texto, responder aos objetivos de aprendizado e demais assuntos que faltaram para completar a análise do problema, buscando, de forma ativa, respostas às questões formuladas.

Isto pode ser realizado através de material didático e/ou com o auxílio de professores consultores, previamente indicados. Estes são especialistas em alguns aspectos envolvidos na solução dos problemas e podem facilitar a busca pelas respostas. Os consultores devem ser preparados para não resolver os problemas para os alunos e sim estimulá-los a ampliar o conhecimento para além daquele caso.

Passo oito: Fechamento do problema - Após o estudo, na próxima sessão os alunos voltam a se reunir para completar o caso, sob supervisão do tutor. Neste segundo encontro tutorial, os alunos devem apresentar, individualmente, os resultados do estudo. A partir das ideias sistematizadas na sessão anterior surgirão as soluções para o problema proposto. A conclusão se dá com a construção de um mapa conceitual que deve resumir os acontecimentos do problema, levando-o à solução final com todos os conhecimentos do caso em questão. Ainda nesta sessão, pode-se ou não abrir um novo problema e se recomeça o processo.

Toda sessão de tutoria é finalizada com uma avaliação formativa em que oralmente cada estudante avalia o seu próprio desempenho, o de seus colegas e do tutor, que também avalia o grupo, cada estudante e a ele mesmo. Todos avaliam a qualidade do problema cuja discussão foi finalizada naquela sessão.

A teoria da Aprendizagem Baseada em Problemas pode ser resumida da seguinte forma: 1) a ativação e a elaboração do conhecimento prévio pela análise de um problema em pequenos grupos; 2) a construção de modelos mentais orientados por problema na forma de redes semânticas, incluindo chaves contextuais derivadas de problemas profissionalmente relevantes; e 3) a estimulação da curiosidade epistêmica. A Aprendizagem Baseada em Problemas é o protótipo de uma nova classe de abordagens instrucionais que pode ser descrita como: construtivista, colaborativa e contextual (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2005, p. 57-58).

2.2.3 Problematização

A problematização inicia-se pela observação de um cenário real, pelos estudantes, buscando responder à questão: “o que está acontecendo?”. Observar algo complexo como a realidade, com suas múltiplas contradições, gera questionamentos e detecção de vários problemas, cuja compreensão passa pela teorização dos mesmos e a consequente criação de hipóteses de solução para um ou todos eles.

Uma vez selecionada qual das intervenções, esta deverá ser aplicada a essa realidade. Espera-se dessa forma, que o problema original seja solucionado, redundando numa modificação da realidade inicialmente encontrada, sempre pelo diálogo, e da negociação com os diferentes protagonistas. Essa abordagem educacional visa criar consciência crítica e não apenas a compreensão dos conceitos e mecanismos básicos da ciência.

A problematização, ao relacionar sociedade e educação, dá a esta última uma dimensão política, conscientizando professores e estudantes dos direitos e deveres do cidadão, tendo forte caráter emancipatório e libertador. Presta-se, de forma eficiente e adequada, para o trabalho de campo junto à comunidade (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2005, p. 50).

A problematização no novo currículo é utilizada na Prática em Atenção à Saúde (PAS), que é um módulo vertical da estrutura curricular apresentando as seguintes características (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 2008):

1. Perpassa todos os seis anos do curso, apresentando uma estrutura vertical que engloba inclusive o estágio curricular denominado Internato.
2. Integra-se horizontalmente com os outros módulos em cada ano do curso de graduação por meio de seus eixos temáticos e/ou das habilidades a serem conquistadas.

3. Será realizado em vários cenários de práticas, nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), tais como: unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família, centros comunitários (escolas, creches, asilos), ambulatórios, pronto-atendimentos, policlínicas e hospitais. A ênfase em cada um desses cenários e níveis de atenção à saúde obedecerá aos objetivos específicos de cada ano.
4. Apresenta características de um estágio prático, ao mesmo tempo em que se articula com os conhecimentos, habilidades e atitudes que serão desenvolvidos pelos alunos em cada ano do curso.
5. Utiliza a metodologia da problematização para desenvolvimento de seus objetivos de aprendizagem.

Segundo Cyrino e Toralles-Pereira (2004, p. 785), enquanto metodologia de ensino, a problematização pode ser utilizada para o ensino de determinados temas de uma disciplina, pela especificidade do objeto de estudo. Nem sempre é apropriada para todos os conteúdos. O desenvolvimento de uma prática apoiada na problematização não requer grandes mudanças materiais para sua implementação.

A ABP é uma proposta que passa a direcionar toda a organização curricular de um curso, havendo necessidade de maior movimento do corpo docente, administrativo e acadêmico da instituição para desenvolvê-la. Sua utilização demanda alterações estruturais e trabalho integrado dos diversos departamentos e disciplinas que compõem o currículo dos cursos.

No novo currículo, ainda são utilizadas outras estratégias como sustentações teóricas, em que são abordados grandes temas na forma de explanações teóricas, seminários ou conferências e sustentações aplicadas, com os alunos frequentando os diferentes laboratórios de: anatomia, morfofuncional, histologia, patologia, imunologia, etc., exercitando a aprendizagem baseada na prática.

3 INTERNATO MÉDICO

3.1 Histórico

Internato médico na graduação da Medicina corresponde, de longa data, ao treinamento prático do curso médico.

O internato surge na primeira metade do século XX, por iniciativa de William Osler, do *Johns Hopkins University of Medicine*, tentando incorporar atividades práticas ao ensino médico. Com a 2ª Guerra Mundial e a mobilização das frentes, faltaram médicos. Assim, os alunos foram incorporados à prática médica pela necessidade, sem justificativa pedagógica e sem objetivos definidos.

No início, o objetivo do Internato era a prestação de serviço sob o comando hierárquico de um Residente ou Médico sem interesse educacional (BRAILE, 2002, p. 24-25).

A preocupação em utilizar o treinamento em serviço como prática do ensino médico surgiu no modelo de formação brasileiro durante a década de 1940, quando nossos currículos passaram a se espelhar no modelo americano de formação, que se contrapõe ao modelo europeu, mais embasado em conhecimentos teóricos do que na prática do trabalho. Desde a década de 1950, iniciaram-se programas destinados à prática pré-profissional supervisionada no sexto ano, como complemento ao conteúdo predominantemente teórico das fases anteriores. Entretanto, o Internato Médico foi oficializado apenas em 1969, quando se normatizou a obrigatoriedade de um período prático com características especiais no final da formação acadêmica dos cursos de graduação em Medicina (CHAVES; GROSSEMAN, 2007, p. 213).

3.2 A Lei

- Constituído pela Resolução do Conselho Federal da Educação (CFE) de 1969: “estágio obrigatório em hospitais e centros de saúde adaptados ao ensino das profissões de saúde em regime de internato...”.
- O internato foi regulamentado pela resolução n. 9 de 24 de maio de 1983 do CFE.
- Manual do Internato MEC 1984: “internato ou estágio curricular é o último ciclo do curso de graduação em medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante

deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada, ou não, à escola médica”.

3.3 As Diretrizes Curriculares

Nas diretrizes curriculares do curso médico encontramos com referência ao internato:

Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no parecer/ Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia - Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional (BRASIL, 2001).

3.4 O Internato na PUC-SP

O Internato médico da Faculdade de Medicina de Sorocaba da PUC-SP teve início em 1968 com a 13ª turma de formandos com a duração de um ano.

Nas Faculdades de Medicina antes do internato, os alunos frequentavam desde os primeiros anos, hospitais ou serviços, para suprir as deficiências do ensino acadêmico, que na maioria das vezes o levavam à especialização precoce.

Aos poucos, sobretudo na década de 60, algumas faculdades ensaiaram o internato para todos os alunos, logo tornado obrigatório pela Resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969, do Conselho Federal de Educação, como período especial de aprendizado. Essa Resolução derivou do Parecer 506/69 do Conselho Federal de Educação, cujo trecho, transcrito a seguir, ajuda a compreender as origens do Internato nas escolas médicas brasileiras:

Permanece na ordem do dia, no Brasil e no mundo, o debate sobre quando será mais oportuno o início da especialização do futuro médico, se somente na pós-graduação, ou se ainda durante o curso de graduação. E, neste último caso, em qual das suas

fases. Cabe a esse respeito breve comentário sobre a evolução da prática do ensino médico entre nós. Até a metade da década de 1950, a um currículo demasiado denso correspondiam horários que, se fossem cumpridos, ocupariam todas as horas úteis do dia, todos os dias do ano ao longo de todo o curso, com aulas teóricas e com práticas de demonstração, nas quais o estudante era mero espectador, não participando ativamente dos exercícios práticos, nem das aulas de doutrina. Nenhum médico dos que se formaram no Brasil até àquela época cumpriu senão parcela reduzidíssima dos horários oficialmente estabelecidos pelas escolas. Era praxe vincular-se cada estudante, desde o segundo, ou terceiro ano, a determinado serviço clínico, onde, no horário oficialmente destinado ao aprendizado teórico das várias disciplinas, procurava aprender, ou exercitar-se, nas tarefas necessárias à prática da profissão, com desconhecimento quase completo do programa escolar. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982, p. 7).

Desde o quarto ano era comum, na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, os alunos frequentarem as maternidades, principalmente de São Paulo, muitas vezes levando-os a ser obstetra.

Naquela época era regra a especialização precoce. O estudante se tornava cirurgião, psiquiatra, otorrinolaringologista, sem nunca chegar a adquirir, nem mesmo superficialmente a visão global dos fenômenos mórbidos que podem incidir sobre o homem. Reagindo a esse estado de coisas, que havia criado vigorosíssimas raízes ao longo de muitas décadas, dispuseram-se as escolas de medicina, na segunda metade dos anos 50, a oferecer condições que permitissem exigir-se dos respectivos estudantes o rodízio pelas clínicas de diferentes especialidades, tornando-se, destarte, mais prático o ensino oficial. Alterou-se profundamente a seriação das disciplinas, adotou-se o chamado “horário em bloco”, o qual pela primeira vez permitiu que os estudantes, no cumprimento de horários oficiais, permanecessem nos ambulatórios e enfermarias tempo suficiente, sem interrupções, para cuidar de doentes. Para fugir à especialização precoce que era regra, pretendeu-se, contudo, ocupar todo o Curso de Graduação com programas destinados à formação do “médico geral”. Ao procurar-se evitar o exagero em um sentido, descreveu-se verdadeiro movimento pendular, cometendo-se exagero do mesmo grau em sentido oposto. A força da própria realidade, contrariando os horários oficiais, mais uma vez frustrou a intenção dos educadores. Continuou a grande maioria dos estudantes, a iniciar-se numa especialidade, ainda durante o Curso de Graduação, embora mais tardiamente do que no passado. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982, p. 8).

Até 1967 era esse panorama que vigorava no curso de Medicina de Sorocaba.

A vivência do problema no contexto brasileiro leva-nos a acreditar que, ao fim de 4.500 horas, poderá a generalidade dos nossos estudantes do curso de graduação haver adquirido a visão global dos problemas médicos, mediante rodízio nos ambulatórios e enfermarias das diferentes especialidades. Nesses estágios o estudante aprenderá as bases teóricas da especialidade e também participará da rotina dos vários serviços, com responsabilidade limitada, porém crescente. Integrando ainda o Curso de graduação, e em seguida às 4.500 horas mencionadas, deverá o estudante cumprir o período de Internato, o qual será total, ou parcialmente, um regime de livre escolha, isto é, oferecendo-se ao aluno a faculdade de adestrar-se nas tarefas específicas abrangidas pelo gênero de atividades que irá exercer logo após a formatura e ao longo da vida profissional. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982, p. 8).

Esse parecer fundamentou a resolução nº. 8, que oficializou o Internato, de acordo com o item b de seu art. 12, como segue:

Estágio obrigatório em Hospitais e Centros de Saúde adaptados ao ensino das profissões de Saúde, em regime de Internato, no qual se faculta ao aluno adestrar-se, por sua escolha, nas tarefas, específicas abrangidas pelo gênero de atividade que irá exercer logo após a formatura e ao longo da vida profissional, atribuindo-se-lhe responsabilidade crescente na assistência ao doente, porém ainda sob a supervisão do pessoal docente, compreendendo o mínimo de dois semestres. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1982, p. 9).

Em 1968, para a instituição do internato médico na Faculdade de Medicina de Sorocaba, muitas disciplinas foram remanejadas, para que no 6º ano houvesse somente aprendizado prático. A turma de 1968 representou um marco histórico para a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba PUC-SP.

Em 1968, de acordo com o artigo 7º do regimento interno, o Internato seria “estágio rotativo obrigatório nas clínicas médicas, cirúrgicas, pediátrica e obstétrica”. O tempo de permanência nestas clínicas não era equitativo e o estágio era de um ano.

Em 1983, o Internato passou a ser dividido nas 4 grandes áreas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria, tendo as áreas o mesmo tempo de duração. Em 2002 o Internato passou a ter um ano e meio de duração, seis meses no 5º ano e um ano no 6º ano. Era dividido em cinco áreas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva.

Até 2002, o Internato de Pediatria era exclusivamente hospitalocêntrico, isto é, os alunos faziam seu aprendizado prático somente no ambiente hospitalar. Em 2002, na Pediatria, os internos do 5º ano começaram a frequentar uma vez por semana o Centro de Saúde Escola, onde escassamente tiveram contato com a rede pública.

Em 2007, teve início o Internato de dois anos, sendo que no primeiro ano de internato, que corresponde ao 5º ano, ainda apresentava algumas aulas teóricas. Na Pediatria, os alunos do 5º ano, na parte da tarde, três vezes por semana, frequentavam uma Unidade Básica de Saúde, acompanhados por docentes da Disciplina e iniciavam seus primeiros contatos com a comunidade, o que para os docentes representava o início de uma nova vivência que os aguardaria em 2010 com a implantação do novo currículo.

Em 2006, foi implantado o novo currículo médico e esta turma tem, em 2010, o início do Internato no currículo atual baseado nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

3.5 Necessidades de mudança no internato

Segundo o relatório do Fórum de Internato do 44º Congresso de Educação Médica, a mudança no Internato atual seguindo o paradigma Flexneriano para o internato nas metodologias ativas será (CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2006):

De orientada por conteúdos e objetivos mal definidos para → orientada por competências bem definidas e baseadas nas necessidades de saúde das pessoas.

Da transmissão de informações e pura utilização da memória para → a construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas, considerando suas experiências anteriores de aprendizagem, culturais e de vida.

De professores somente capacitados em conteúdos para → professores capacitados também em educação médica.

Do ensinar–aprender com observação passiva dos estudantes para → o aprender a aprender com participação ativa dos aprendizes, ou seja, do centrado no professor para centrado no estudante.

Da humilhação e intimidação dos estudantes pelos docentes para → o respeito mútuo entre ambos.

Da clássica inquisição do professor para o estudante: “Como você ainda não sabe?” para → “O que você ainda não sabe?” ajudando o estudante identificar e superar seus hiatos de aprendizagem.

De primeiro a teoria para → depois a prática (somente nos últimos anos do curso) para um processo integrado de ação – reflexão – ação, desde o princípio do curso.

De uma atenção episódica centrada na doença para → uma atenção contínua centrada no cuidado das pessoas, com estabelecimento de vínculos afetivos com as mesmas.

De uma abordagem puramente biológica para → uma abordagem biológica, psicológica e sociocultural.

Da utilização do paciente puramente como objeto de prática dos estudantes para → participação consentida e informada do paciente no processo de ensino – aprendizagem com respeito a sua dignidade e privacidade.

Da utilização de campos de prática predominantemente hospitalares para → cenários de ensino- aprendizagem – assistência, onde os estudantes sejam inseridos como membros ativos.

De avaliação praticamente só somativa/punitiva ao final das unidades/estágios/disciplinas para → uma avaliação preferencialmente formativa com constantes “feedbacks”.

O que Aprender no Internato?

- Aperfeiçoar as habilidades profissionais.
- Aprimorar hábitos e atitudes éticas e humanas.
- Tudo o que o estudante ainda não sabe e necessita saber.
- Aprendizagem centrada no paciente e não na doença.

Como Aprender no Internato (Ensino/Aprendizagem)

- Conhecimento, habilidades e atitudes não se transmitem de uma pessoa à outra, necessitam ser construídos considerando os saberes já construídos das pessoas e suas culturas.
- Processo Ativo de Ensino-Aprendizagem Clínica.
- Experiências reais baseadas nas necessidades de saúde das pessoas, construídas/vividas pelos estudantes; apresentadas na realidade ou sistematizadas em problemas de papel ou em pacientes simulados; reflexão utilizando metodologias ativas de ensino - aprendizagem, para compreensão da situação e proposição de soluções: Aprendizagem Significativa.
- Desenvolver competência de examinar o paciente, diagnosticar e propor tratamento. Competência é a capacidade de mobilizar recursos cognitivos, afetivos e psicomotores para solucionar problemas complexos. A competência fundamental do profissional de saúde é de olhar e analisar a realidade identificando os problemas e seus determinantes e ter reflexão crítica e capacidade de mobilizar recursos para sua Transformação.

4 UM NOVO INTERNATO DE PEDIATRIA

O Internato médico com início em 2010 recebe alunos com vivência acadêmica muito diferente dos anteriores. São alunos que tiveram contato com comunidades, escolas, creches, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros serviços; realizaram visitas domiciliares; vivenciaram experiências distintas de suas vidas pessoais; refletiram sobre cada contexto e propuseram modificações para sua transformação. Além disto, estes alunos tiveram práticas em habilidades médicas, desde o primeiro ano, diferentemente do curso tradicional que inicia este aprendizado a partir do terceiro ano.

No período de Internato de Pediatria, manterão vivências nas comunidades, principalmente nas UBS e têm novos cenários de prática: enfermarias de hospital secundário e terciário, Pronto-atendimento, Unidade Regional de Emergência (URE), UTI, Berçários. É um desafio para a Instituição Acadêmica receber esses alunos, teoricamente mais expostos a contatos com a realidade da saúde em nossa cidade, para um Internato também modificado, com o objetivo de transformá-los em “Médicos de Pessoas”! Para isso, devemos seguir exemplos de médicos como o de William Osler que é um exemplo de humanismo na medicina, ter noções de medicina e humanismo e de bioética.

4.1 William Osler

William Osler é o exemplo de médico que sempre buscou ser antes de tudo humano. Um homem cuja vida foi um verdadeiro monumento por si só, em razão disso um grande exemplo. Foi um grande médico e segundo Raul Marino Júnior (1999) um “Moderno Hipócrates”.

Osler considerava que é preciso que a Medicina não perdesse o contato com o doente e se transforme em uma ciência mais biológica do que clínica, mais experimental do que humana.

O diálogo deu lugar a um grande número de exames, mas, ao deixar de ouvir e de examinar com suas próprias mãos o paciente, o médico vai perdendo sua humanidade.

É preciso voltar ao passado, sem desprezar as grandes e valiosas conquistas do presente. Mas o exercício da Medicina, como desejava William Osler, é reconhecimento inspirado no amor e no respeito do doente.

Osler nasceu em 12 de junho de 1849, em Bond Head, Ontário, no Canadá, filho mais novo (o oitavo) de um missionário inglês. Esteve sempre entre os primeiros na escola primária e secundária, destacando-se por seus conhecimentos bíblicos, pois queria ser pregador como seu pai.

Seus mestres inesquecíveis foram: W. A. Johnson (religioso e naturalista) e James Bovell (Médico e naturalista), com os quais aprendeu um pensamento que citava com frequência: “nós recebemos da vida apenas o que para ela trazemos” e infundiram-lhe o gosto pelas ciências naturais.

O Pastor Johnson costumava ler em voz alta para os meninos de sua paróquia e, muitas vezes, selecionava passagens de um livro que iria atuar influenciar e transformar a vida do jovem Osler. Tratava-se da “*Religio Medici*” escrita em 1643 por Thomas Browne, seu livro de viagem e de cabeceira para o resto de sua vida. Foi o segundo livro que adquiriu depois da Bíblia, numa edição de 1862, a qual, a seu pedido, descansaria sobre seu ataúde, cinquenta e dois anos mais tarde.

Naquele tempo, não existiam currículos como nas escolas médicas de hoje. Havia dois anos no curso de Anatomia, seguido de muito poucas especialidades. Os instrutores apenas ministravam o básico e o fundamental. O restante ficava a critério da iniciativa dos próprios alunos. Seus colegas diziam que o jovem Osler “estava sempre dissecando”, e ele passava mais tempo na sala de dissecação que qualquer outro aluno.

Em 1870, surge uma oportunidade para deixar Toronto, transferindo-se para a *McGill Medical School*, em Montreal, onde suas possibilidades de progresso científico seriam bem maiores.

As palavras de Carlyle ressoavam ainda em sua mente: “Nosso objetivo principal não é ver o que está pouco claro à distância, mas fazer o que está claramente ao alcance de nossas mãos”. Esta frase ele sempre repetia para seus amigos e para seus discípulos e, o que é mais importante, ele a vivenciava, dela fazendo uma verdadeira meta.

Em 1872, formou-se médico, na *McGill University* de Montreal. Formado, foi a Londres, Berlim e Viena aprender ainda mais, em busca de novos horizontes na Medicina,

retornando em 1874 a Montreal, onde foi nomeado Professor na *Medicine McGill Medical School*.

Nessa época, relatou o descobrimento das plaquetas, (o terceiro elemento do sangue circulante, de importância fundamental no fenômeno da coagulação) à *Royal Microscopical Society*: talvez a sua maior contribuição ao conhecimento médico. Em 1880, apresentou seu primeiro trabalho sobre endocardite ulcerativa à Sociedade de Patologia de Nova York, um marco na história da cardiologia.

Ensinou legiões de médicos a tratar e a curar doentes cientificamente. Observava, experimentava, autopsiava; vivia no hospital e ensinava, ia às Sociedades e escrevia. Possuía vasta e profunda cultura, tanto humanística como médica e filosófica. Lia Hipócrates em grego, Sydenham em velho inglês, Virchow em alemão moderno e Oliver Wendell em inglês moderno.

Da Universidade *McGill*, em Montreal, foi convidado para assumir a cadeira de Clínica Médica na Universidade da Pensilvânia, em Filadélfia, durante cinco anos.

Em 1889, com 40 anos, tornou-se professor de Medicina na recém-criada *Johns Hopkins Medical School*, em Baltimore, a qual se tornaria o protótipo das escolas médicas contemporâneas. Nos seus dezesseis anos em Baltimore fez suas grandes contribuições à Medicina, ao ensino e ao desenvolvimento da Universidade Hopkins.

Num jantar de despedida que marcou a sua ida para a Inglaterra depois de ter decidido aceitar um importante convite para ser o Regius Professor de Medicina em Oxford, falou em seu discurso em ideais. Eis a transcrição de parte de seu discurso:

Eu tenho três ideais pessoais. Um deles é fazer bem o trabalho do dia e não me importar com o dia de amanhã. Fui admoestado de que este não é um ideal satisfatório. Mas, é; e não há nenhum melhor para o estudante carregar com ele para sua clínica e que tenha um efeito maior. A ele, mais do que nada, eu devo qualquer sucesso que eu possa ter tido-a esse poder de começar o trabalho do dia e tentar fazê-lo bem com o melhor da nossa habilidade, deixando o futuro tomar conta de si próprio. O segundo ideal é colocar em ação a Regra de Ouro, como ela foi a mim colocada, em relação aos meus irmãos profissionais e em relação aos pacientes entregues ao meu cuidado.

Neste ideal estava se referindo ao sermão da Montanha: “tudo quanto, pois, quereis que os homens vos façam, assim fazei-o também a eles; porque esta é a lei e os profetas”; Mateus 8:12”.

O terceiro tem sido o de cultivar a equanimidade, a ponto de aceitar o sucesso com humildade, a afeição dos meus amigos sem orgulho, e estar pronto para quando vier o fracasso ou o desgosto, enfrentando-os com a coragem própria de um homem. O

que o futuro reserva para mim eu não sei e não posso dizer-ninguém pode. Eu não me importo desde que possa levar comigo, como farei, a lembrança do passado que vocês me deram. Nada pode tirar isso de mim. Eu tenho cometido erros, mas foram erros da cabeça, não do coração. Faço parte de tudo o que me rodeia e de tudo que encontrei. É assim que posso resumir, em palavras, as linhas mestras que governaram a minha passagem entre vós:

Nunca amei a obscuridade

Nem disfarcei a verdade

Ou alimentei ilusões,

Tão pouco dei guarida ao temor. (MARINO JUNIOR, 1999, p.57)

Sua última posição acadêmica foi a de *Regius Professor of Medicine*, em Oxford, Inglaterra, a mais ambicionada no mundo médico ocidental para onde foi aos 55 anos. E ainda segundo Raul Marino Jr., tornou-se também curador da famosa “*Bodleian Library*” de Oxford, fundada em 1327, ostentando uma coleção de 4 milhões e 200 mil volumes impressos e 50 mil manuscritos antigos; um paraíso para Osler, dada sua enorme paixão pelos livros, apenas secundada por seu amor pela humanidade. Em 1911, Osler foi agraciado com o título de baronete, sendo, a partir de então, conhecido por SIR WILLIAM OSLER. Viveu seus últimos catorze anos de sua vida em Oxford onde morreu em 29 de dezembro de 1919.

Na sua passagem por Hopkins foi contemporâneo de Halsted, professor de Cirurgia, Kelly, professor de Ginecologia e Welch, professor de Patologia e primeiro Reitor. Osler, Halsted, Kelly e Welch foram pioneiros no desenvolvimento de programas de graduação e residência e exerceram enorme impacto na prática médica de suas especialidades. Osler foi o mais famoso e o mais influente de todos (LUZ, 1991, p. 232).

Por que Osler foi tão importante? Embora Osler fosse um clínico notável, ímpar no seu tempo, não criou nenhuma teoria que tivesse revolucionado o pensamento e o modo de agir da humanidade, não ganhou nenhum prêmio Nobel. No entanto, sua influência tem sido a mais marcante entre os médicos americanos nos últimos cem anos. É o homem Osler, o médico na acepção mais pura da palavra que é reverenciado. Era o médico dos médicos.

Os pacientes esperavam por ele e aceitavam sua palavra como final, e não era nunca de desencorajamento. A palavra humanismo tem sido frequentemente usada para descrever sua atuação. Era capaz de se comunicar de maneira clara e profunda com seus pacientes. Assim, despertava fé e transmitia confiança.

Osler considerava que sua mais importante função era ensinar estudantes na enfermaria. Tinha ideias claras a respeito do ensino médico nas faculdades de medicina. Acreditava que a educação dos estudantes deveria incluir grande porção de humanidades, ao lado de conhecimentos técnicos. Ele mesmo era leitor de clássicos da literatura como Platão e

Shakespeare. Acreditava também que a função do ensino era desenvolver o gosto pelo conhecimento, e não encher a cabeça dos estudantes com meros fatos.

Ele salientava a necessidade de o médico prático combater a preguiça intelectual que tende a se instalar em cada um na medida em que sua clínica aumenta e o tempo de estudo diminui e cita Platão para indicar que “Educação é assunto para a vida inteira”. Ele enfatiza que a medicina é uma arte extremamente difícil, que cada caso tem suas próprias peculiaridades e que a variabilidade é a lei da vida. Portanto o médico precisa se aperfeiçoar sempre para cuidar adequadamente do bem maior, a vida humana.

Dizia que aprendia com os pacientes e que medicina se aprende à beira do leito e não em conferências. Osler também achava que os médicos deveriam participar dos assuntos de saúde pública de seu tempo.

Osler é um exemplo até hoje porque aliou como ninguém a ciência da investigação na Medicina com sua aplicação à beira do leito, e porque ao exercê-la empregou calor humano e compaixão. De fato, foi um médico de pessoas, antes de ser um técnico de sistemas do corpo humano. Hoje, o progresso científico permitiu grande avanço no diagnóstico e terapêutica de muitas doenças, aumentaram os recursos para prolongar a vida, mas, também, nunca houve tantas críticas, tantos processos médicos, tantas denúncias de incompetência, desonestidade e barganhas que visam mais vantagens econômicas do que o bem estar dos doentes. Certamente um conjunto de fatores é responsável por essa situação que gera descrédito da profissão médica junto ao público (LUZ, 1991, p. 235). E como diz o autor:

A medicina é uma profissão exercida individualmente; pacientes são vistos e tratados de um por um. Portanto, não se pode desprezar o impacto da atitude pessoal do médico no trato com os pacientes, independente das técnicas que empregue. Os médicos e suas instituições profissionais não podem eximir-se de suas próprias responsabilidades. (LUZ, 1991, p. 236)

William Osler ainda é lembrado e citado, não somente pelo seu exemplo de vida, mas pelas centenas de pensamentos e máximas que transmitiu durante sua vida como professor, educador e humanista. Seguem pensamentos de Osler:

Estudar o fenômeno da doença sem livros é como navegar sem mapa, mas estudar em livros sem ver paciente é como não navegar.

O método natural de ensino começa com o paciente, continua com o paciente e termina com o paciente, usando livros e aulas como ferramentas para este fim.

Nunca se esqueçam de que seu paciente não é uma pneumonia, mas um homem pneumônico.

O bom médico trata as doenças, mas o grande médico trata o paciente.

Estes dois últimos pensamentos mostram bem o seu lado humanitário.

Nós esperamos muito de nossos alunos, e tentamos ensiná-los demais. Dê-lhes métodos adequados e pontos de vistas apropriados e todas as outras coisas virão com a experiência.

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

O jovem estudante tem que ter em mente que ele não está na faculdade, num curso médico, mas num curso de vida, no qual o trabalho de alguns anos é apenas uma preparação. (LOPES; LICHTENSTEIN, 2007, p. 187).

Esses pensamentos estão em comunhão com as determinações do relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI (DELORS, 2006, p. 90), em que constam os quatro pilares da educação do futuro:

- Aprender a aprender (conhecer)
- Aprender a fazer (habilidades).
- Aprender a ser (atitudes) e
- Saber viver junto (relacionamento inter-pessoal)

O mesmo pode se dizer dos pensamentos que seguem:

Preocupe-se mais com uma particularidade do doente do que com uma particularidade da doença.

É mais fácil comprar livros que lê-los, e mais fácil lê-los que, absorvê-los.

O mestre eficiente não se coloca em alturas, bombeando conhecimento sob alta pressão a recipientes passivos... ele é um estudante sênior, ansioso para auxiliar seus colegas mais jovens.

Nós apenas podemos instilar conhecimentos, colocar o estudante no caminho certo, fornecer-lhe métodos, ensiná-lo como estudar e, em primeiro lugar, capacitá-lo a discernir o essencial e o não essencial. (LOPES; LICHTENSTEIN, 2007, p. 187).

Segundo Raul Marino Júnior (1999), esse novo Hipócrates trouxe incomensuráveis contribuições à metodologia médica, tornando o seu lado humano mais conhecido, juntamente com sua filosofia de trabalho, a fim de que ela possa, em nosso meio, contaminar os que estão à procura de diretrizes, metas e objetivos dentro do caos atual que chamamos de “Medicina Moderna”.

Não há medicina moderna ou medicina antiga e, muito menos, uma “medicina antiquada.” Existe, isto sim, uma VERDADEIRA MEDICINA, que se rege pelos mesmos princípios que Hipócrates propugnava há quase 500 anos antes de Cristo. Osler veio sintetizá-la, nos princípios deste século, pelo seu exemplo pessoal de médico e pela exatidão do seu pensamento, injetando esses princípios e leis imortais da metodologia médica no cérebro de seus jovens discípulos, como futuro alicerce de uma NOVA MEDICINA, que, de tanto progredir materialmente, em poucos anos já se esqueceu de seus fundamentos humaníssimos e espirituais. Tenta-se hoje curar partes do corpo do homem, com o surgimento das superespecializações. Poucos são ainda capazes de tratar o corpo como um todo único. Nossa mente e nosso espírito ficam relegados a um segundo plano, como se fôssemos constituídos apenas de

matéria inerte, como um barro desprovido do sopro de espírito e que não passou pelo Gênesis (MARINO JÚNIOR, 1999, p. 5).

Osler escreveu vários livros sendo que sua obra mais inspirada é o livro *aequanimitas*, publicado inicialmente em 1904. Contém 22 de suas melhores *orações aos moços* de sua época, que pediam para ouvir seus conselhos. Segundo Raul Marino Júnior, este é o verdadeiro livro de cabeceira do médico, tão importante quanto o juramento de Hipócrates.

Nessas orações, Osler instava os jovens a conscientizarem-se de que não estamos aqui para retirar da vida o que pudermos, mas para acrescentarmos o máximo que nos for possível para, como médicos ou enfermeiros, olharmos por aqueles que não podem cuidar de si mesmos. A arte médica, ligada que está ao sofrimento humano, é universal; e a arte hipocrática é a única que possibilita ao homem um vasto campo para o exercício de suas mais altas faculdades do espírito e do coração (MARINO JÚNIOR, 1999, p. 71-72).

Em suas aulas, sobretudo as de abertura, Osler aconselhava fortemente os seus alunos a seguir as *regras de vida* que ele mesmo seguia e vivia, nunca mudando com o passar dos anos. Eis algumas delas:

Vocês devem sempre ser estudantes e estudiosos.

Vocês devem tratar bem tanto a doença quanto a pessoa humana.

Vocês sempre estarão próximos dos pobres e deverão colocá-los sempre acima de todos. Ninguém deve aproximar-se do templo da ciência médica com uma alma de mercador” (citando Sir Thomas Browne...).

Permaneçam sempre em contato íntimo e amistoso com os demais médicos cooperando com eles, escrevendo com frequência o que observaram para as revistas médicas, e frequentem congressos e reuniões (MARINO JÚNIOR, 1999, p. 26).

Ele também tem algumas regras e conselhos que são úteis nos dias de hoje:

Use os seus cinco sentidos: observem, registrem, tabulem e comuniquem. A arte da prática médica deve ser aprendida unicamente pela experiência; ela não é uma herança; ela não pode ser revelada. Aprendam a ver, aprendam a escutar, aprendam a sentir, aprendam a cheirar, e saibam que apenas através da prática vocês podem se tornar competentes. Medicina se aprende na beira do leito e não na sala de aulas. Não permitam que suas concepções sobre as manifestações da doença venham apenas das palavras ouvidas numa aula ou lidas em qualquer livro. Vejam, e depois raciocinem, comparem e controlem. Mas vejam primeiro.

Nunca dois olhos vêem a mesma coisa. Dois espelhos diferentes nunca refletem a mesma imagem. Deixem que as palavras sejam apenas suas escravas e não os seus senhores. Vivam na enfermaria. Não esbanjem as horas do dia escutando aquilo que poderão ler à noite. E, quando puderem, leiam as descrições originais dos grandes mestres os quais, com métodos precários de estudo, viram as coisas tão claramente. Registrem tudo o que tenham visto e observado; anotem tudo na hora; não esperem para fazê-lo (MARINO JÚNIOR, 1999, p. 54-55).

A insatisfação frequente referida pelos pacientes, aponta para deficiências humanas do profissional de saúde, mais do que para falhas técnicas. Recuperar a dimensão humana do médico é, portanto, um desafio da própria formação médica.

De fato, é hora de invocar o espírito de Osler, seguir-lhe o exemplo - exerceu a medicina com amor fraternal, para o doente, visando mitigar o sofrimento em primeiro lugar. Tal conduta, independente de tudo o mais, ajudará a resgatar o bom nome da nossa profissão. Isto é também a essência do mito de Osler que cem anos depois continua a ser inspiração para seus pares. (LUZ, 1991, p. 236)

Em 1891, Osler escreveu: “*the principles and practice of medicine*”, que veio preencher uma lacuna que existia na formação dos jovens médicos e na atualização dos mais velhos, sendo traduzido para quase todas as línguas mais faladas do mundo. Tornou-se uma verdadeira Bíblia para profissionais e também leigos, como o multimilionário John D. Rockefeller que, nele inspirado, resolveu consagrar sua fortuna à saúde da humanidade, por meio da *Rockefeller Foundation*, aplicando muitos milhões de dólares em hospitais, escolas de medicina e campanhas de saneamento.

No Brasil, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, também foi fruto indireto desse livro, por meio da Fundação Rockefeller, que financiou sua construção e instalação.

Como citado anteriormente, na primeira metade do século XX, a contribuição de Osler foi a introdução das atividades práticas no ensino médico, denominada de internato.

Osler elaborou uma lista de grandes livros e autores, que achava indispensáveis para formação pessoal e humanística de seus jovens estudantes. Para tanto, compilou a lista a seguir de dez das melhores obras dos melhores autores, que deveriam tornar-se amigos íntimos de seus leitores (MARINO JUNIOR, 1999, p. 86-87).

Eis a lista elaborada por Osler:

- I. A Bíblia-O Velho e o Novo Testamento.
- II. *Shakespeare*.
- III. *Montaigne*.
- IV. As Vidas, de Plutarco.
- V. Meditações, de Marco Aurélio.
- VI. *Epicteto*.
- VII. *Religio Médici*, de Thomas Browne.

VIII. Emerson, Obras.

IX. *Don Quixote*.

X. *The Breakfast Table Series*, de Oliver Wendell Holmes.

Raul Marino Júnior (1999), como curiosidade, fez a contagem dos trabalhos publicados por Sir William Osler, desde o período canadense até sua fase de Oxford. Obteve os seguintes números: entre trabalhos científicos, comunicações e artigos foram registrados 875 artigos e publicações médicas; 137 publicações literárias; 140 artigos publicados sobre educação médica; 76 artigos sobre saúde pública; e 17 volumes editados. Foram quase 1300 obras!

Este grande exemplo de vida nos leva a refletir nos nossos atos e viver a vida com mais humanismo.

4.2 Medicina e Humanismo

Segundo Auro Del Giglio (2007, p. 191), podemos entender que este tema se refira à relação da Medicina científica com o ser humano através de uma abordagem mais voltada para o seu lado emocional, social e cultural.

O profissional que atende o paciente concentrando-se somente em detalhes da história e do exame clínico referente ao órgão doente e a seguir indica um tratamento específico, sem nenhum interesse pela sua história de vida, sua personalidade e seus interesses, preenche os critérios de uma consulta médica técnica e não uma consulta humanizada.

Para humanizar este médico, devemos fazê-lo interessar pelo paciente em seus aspectos aparentemente não diretamente afetos à enfermidade, fazendo-o enxergar a sua dimensão pessoal.

Para despertar esse interesse ou, antes ainda, para quê fazê-lo, o autor apresenta alguns argumentos:

O principal argumento para justificar esta abordagem mais pessoal do paciente é o aumento da eficácia do médico que prescreve algo que seu paciente pode cumprir. Um segundo argumento a favor desta abordagem mais personalizada é a maior satisfação de ambos, médico e paciente, pois este médico que vai além da parte técnica, pode desfrutar também do próprio prazer envolvido em se conhecer realidades novas de pessoas diferentes e

adquirir, assim, outros conhecimentos que lhe permitirão intensificar seu crescimento pessoal a partir destas mesmas experiências. Um terceiro argumento é de dar um senso de finalidade ao trabalho médico, vibrar com suas conquistas depois da cura de suas doenças, em parte pela participação no cuidado de sua saúde, vencer juntamente com eles seus vários desafios.

Para ensinar os médicos a abordar o paciente de forma mais personalizada, Auro Del Giglio (2007, p. 191) sugere:

Interessar-se e ouvir por um genuíno e insaciável interesse do médico no que vai lhe ser contado pelo paciente é uma habilidade a ser cultivada porque é através dela que, nos tornam interlocutores eficazes, faremos com que se estabeleça o diálogo entre médico e paciente. Ter conceitos antropológicos nos conferirá maior respeito pelo contexto cultural e religioso de nossos pacientes e nos ajudará a explorar como dentro de seu contexto cultural determinados fatos são avaliados e certos sintomas podem inclusive ser ocultados. Um médico deve ser culto e atualizado, tanto na medicina como no que acontece no mundo para poder se comunicar melhor com seus pacientes.

O resgate da relação médico-paciente é consensual entre educadores médicos, buscado e necessário. Contudo, esse exercício da Medicina da Pessoa só poderá ocorrer se, ao lado de importantes mudanças político-sociais e institucionais, ocorrer também, (e isso no âmbito da própria escola médica) um resgate da relação professor aluno. O docente da escola médica deve estar ciente e preparado para perceber que sua interação com o aluno é tão importante quanto sua relação com o paciente. E este aluno só poderá desenvolver a percepção como pessoa se ele, aluno, for percebido e considerado como pessoa (NAVARRO DA CRUZ, 1997, p. 23).

À medida que o aluno seja visto como pessoa e não como número, cresce a chance de que ele veja o paciente como pessoa e não como caso. À medida que ele conte com espaços onde possa se expressar, ser ouvido e respeitado no processo de que faz parte, cresce a possibilidade de ele poder “ouvir” o paciente como agente ativo da relação. À medida que faça parte de discussões “ao pé do leito” ou em equipes multidisciplinares e os docentes, seus modelos de identificação, mostrem uma visão psicossomática, o olhar para o aluno se modifica para ver o homem da doença, e não a doença do homem. Tudo isso requer treino e... amor. (NAVARRO DA CRUZ, 1997, p. 27).

No Internato, o estudante aprende com a experiência, atendendo os pacientes, aplicando os conhecimentos adquiridos nos anos anteriores, procurando novos conhecimentos necessários, desenvolvendo as habilidades e atitudes esperadas dele. É preciso muita prática completada pelo conhecimento teórico.

De acordo com o manual do Internato médico da Faculdade de Medicina de Marília:

Não se aprende medicina apenas com a leitura de livros ou observando os professores (modelo). Ao lado disso, é importante “ler” os pacientes, uma atividade individual indispensável na formação do profissional competente e humano que cuida do cliente como um todo e não somente da doença. Também é imprescindível

reconhecer que esta pessoa vive em uma sociedade que, ao longo da história de sua vida, construiu um conjunto de valores, crenças, representações que determina o modo de viver, de trabalhar, etc. O profissional de saúde que tem esse entendimento tem possibilidade de cuidar melhor dos pacientes, pois conhece mais da vida (riscos e potencialidades) desta sociedade, conseqüentemente poderá instituir cuidados melhores e mais adequados à realidade (TSUJI; ZANOLLI, 2003, p. 7).

Segundo Luiz Roberto Londres (1999, p. 2):

A relação médico-paciente é essencialmente uma relação humana: humano entrando em contato com humano; humanos tratando de assuntos humanos com objetivos, anseios e temores humanos, necessidades, dores, dificuldades, fé, esperanças e interpretações humanas.

A relação médico-paciente, por ser uma relação humana, necessita de princípios de ética para a harmonização da relação.

4.3 Bioética

Bioética nada mais é do que os deveres do ser humano para com o outro ser humano e de todos para com a humanidade.

(Comte-Sponville, André).

A Bioética é um dos campos mais emergentes e dinâmicos da reflexão filosófica atual.

Segundo Cícero de Andrade Urban (2003, p. 275):

A Bioética Clínica visa estabelecer uma aliança entre o conhecimento científico médico e o humanístico, com um campo de atuação bastante amplo. Estuda desde os problemas inerentes ao início e ao final da vida, a reprodução humana, os dilemas individuais dos profissionais de saúde frente a situações polêmicas, as pesquisas em seres humanos, até as complexas decisões de saúde pública enfrentadas em conjunto com legisladores e cidadãos.

O termo bioética foi empregado, pela primeira vez, no início dos anos 70, por Van Rensselaer Potter, bioquímico envolvido na pesquisa oncológica na Universidade de Wisconsin. Potter idealizou um novo campo da ética direcionado à defesa do homem, à sua sobrevivência e a uma melhoria da qualidade de vida.

André Hellegers, obstetra de origem holandesa, transportou o novo conceito para a Medicina.

A Bioética é interdisciplinar, sendo esta uma das suas propriedades mais significativas. Permite uma visão holística do homem, mas traz, também, algumas dificuldades em sua terminologia e nas relações com a Ética Médica convencional, com o Direito e com a Moral Filosófica.

Dentre os muitos conceitos, aquele que chegou mais próximo do ideal proposto pela Bioética foi o descrito por Callahan na “*Encyclopedia of Bioethics*” editada por Reich:

“Estudo sistemático das dimensões morais-incluindo a visão moral, as decisões, a conduta, as linhas que guiam - das ciências da vida e da saúde, com o emprego de uma variedade de metodologias éticas e de uma impostação interdisciplinar.” (CALLAHAN, 1995)

Temas como início e o final da vida, o aborto, as pesquisas em seres humanos, e outros, trazem uma gama de pensamentos e correntes a serem discutidas e é nesse momento que se aplica àquilo que a Bioética tem de especial, a capacidade de abrir horizontes e disseminar o respeito pelas ideias do outro.

As questões que mais angustiam o ser humano são o direito à vida, o sentido da vida, a busca da verdade e a busca da felicidade.

“Necessita-se conhecer os conceitos vindo com os alunos ingressantes ao curso de Medicina para podermos abrir um leque de discussão sobre esses temas para evitar o maniqueísmo e idéias fixas, que não dão maleabilidade à reflexão ética.” (CARAMICO; ZAHER; ROSITO, 2007, p. 77).

Segundo esses autores, a função primordial da Bioética é ter como objetivo indicar valores, promovendo os princípios básicos e primários, alcançando assim, a modelagem de virtudes para uma conduta profissional adequada.

A Bioética abre uma porta para reflexões e atitudes sobre novos problemas na área da Medicina que surgem no dia a dia devido ao progresso tecnológico e sua influência no cotidiano das pessoas.

A Bioética combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade. A Bioética tem como estrutura a Ética, tendo como caráter principal, respeito pela dignidade do outro e do meio ambiente.

O surgimento de novas tecnologias decorrentes dos avanços científicos vem causando profundas transformações no cotidiano e na perspectiva de vida dos indivíduos, exigindo maior capacitação e atualização para que possam tomar consciência, atuar e interagir de forma equilibrada e vantajosa no mundo globalizado.

O grande progresso científico nos campos da genética, da biologia molecular, da farmacogenética, da epidemiologia e da saúde pública; a influência da poderosa indústria farmacêutica e as suas interações com a pesquisa; os crescentes processos éticos profissionais em todo o mundo e a facilidade de acesso à informação transformaram o exercício da medicina em um complexo social, cultural, político e econômico, interativo e dinâmico, não mais limitado aos critérios científicos. Passou-se, em poucos anos, da milenar medicina paternalista, baseada na experiência individual (tantas vezes não reproduzível), à medicina baseada em

evidências, que oferece dados objetivos e concretos ao paciente para que este possa tomar suas próprias decisões, respeitando sua autonomia (URBAN, 2003, p. 276).

É interessante a observação de Camargo (1996, p. 48) referindo-se às alterações que ocorreram na relação médico-paciente:

A pessoa humana, antes vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, transforma-se em objeto de estudos, consumidora de tecnologia, um indivíduo como os objetos de estudo de disciplinas como a química, a física ou a botânica. As alterações ocorreram na relação doente x médico e, portanto, trata-se do relacionamento, fenômeno que é dual, conseqüentemente, também os médicos passaram a ser vistos como outros profissionais presentes na sociedade.

A melhor forma de preparar o cidadão para enfrentar tais desafios é através da educação, que é a ferramenta adequada para proporcionar a formação crítica e preparar os indivíduos para dar suporte ao desenvolvimento equilibrado da nação.

Com o intuito de balizar estas discussões e encontrar um ponto de equilíbrio para o uso das tecnologias voltadas para o bem estar da humanidade é que vem se desenvolvendo o conceito de Bioética (CARAMICO; ZAHER; ROSITO, 2007).

O aluno que ingressa em uma faculdade de medicina traz em seu bojo a moral adquirida no seio familiar e social até então vividos. Agora sua trajetória de interesses entra em conflito com as necessidades e os interesses do outro (o paciente) e como ele responderá a esse apelo? A responsabilidade do professor é fundamentar para dar-lhe as ferramentas adequadas para tal momento. Não basta passar somente à parte técnica do processo de formação, que é imprescindível, mas também alimentá-lo com uma boa base de conhecimento e ideal médico que irão cada vez mais aprimorarem na medida de sua experiência médica (CARAMICO; ZAHER; ROSITO, 2007, p. 79).

Como trazer para estes jovens das mais variadas formações um pensamento que os faça refletir de uma maneira mais coletiva possível em relação à carreira médica, o mundo atual, o respeito pelo outro? Caramico, Zaher e Rosito (2007) concordam que os alunos têm dificuldade para raciocinar sem terem sido apresentados às escolas filosóficas e seus pensamentos ou pensadores, sem discussão prévia de problemas sociais como a miséria, a fome, final de vida e outros, tanto nas escolas, como no próprio lar. Como poderão conversar com familiares de pacientes nestas condições? Explicarão somente os dados clínicos da patologia e seu desenrolar estatístico, procurando ou não envolvimento com a situação emocional dos envolvidos? Estes autores sugerem ao professor mostrar ao aluno:

“A importância da sua opinião e até onde ela pode acarretar conseqüências importantíssimas na vida de um outro ser humano, seu semelhante em todos os aspectos e esperanças”.

E também:

“A importância de observar as alterações ao seu redor e filtrar aquelas que por ventura possam distorcer sua convivência com o outro no seu trabalho, na sua vida social e mesmo espiritual.” (CARAMICO; ZAHER; ROSITO, 2007).

Os progressos das biotecnologias suscitam apreensão, pois os novos poderes de transformação do ser humano colocam em risco, o futuro da espécie humana.

A bioética visa alertar as sociedades sobre as consequências de seu avanço incontrolado. Trata-se, em suma, de promover uma forma de controle democrático do processo de inovação tecnocientífico. Não se trata, no momento de condenar essas pesquisas, ricas de múltiplas promessas. No domínio do ser humano elas deveriam revolucionar o aporte terapêutico a numerosas doenças em que fatores genéticos estão implicados; já no campo da agricultura e da alimentação, o avanço das biotecnologias abre a via da melhoria da segurança alimentar da humanidade. Escola de responsabilidade, a bioética ambiciona contribuir para um desenvolvimento controlado das ciências da vida garantindo o respeito da pessoa humana e dos valores democráticos essenciais. A soma das instâncias éticas através do mundo permitiu dar corpo a este imperativo de vigilância ética (LENOIR, 1996, p. 65).

Segundo Roberto Luiz D’Ávila (2002) a descrença das pessoas no desempenho pessoal do profissional, confiando mais nos testes e exames laboratoriais do que nos procedimentos clínicos e o afastamento dos médicos dos propósitos humanitários da Medicina, permitindo que a tecnologia interfira no relacionamento médico-paciente, tornando-o cada vez mais despersonalizado, constituem deméritos para os médicos. De tal modo que os ganhos em tecnologia tendem a contabilizar perdas em contato humano e interpessoal! Poucos médicos têm, hoje em dia, tempo para ouvir seus pacientes, entender suas alegrias e sofrimentos e palpar seus corpos.

Ao negligenciar as artes de ouvir e examinar os pacientes e a interação interpessoal da conduta hipocrática, alguns facultativos deixaram de ser médicos, no sentido original da expressão e transformaram-se em técnicos de Medicina. Os médicos são cada vez mais questionados quanto à correção dos seus atos e atitudes no que respeita aos limites entre a competência legal de suas atribuições e os direitos dos pacientes.

O autor acredita que só o exemplo dos professores, ensinando com suas condutas e atitudes éticas ao se relacionarem com os pacientes, ao os examinarem diante dos alunos e, o que pode ser o mais importante, ao se referirem aos pacientes, é o que será introjetado na consciência do educando sob a forma de noção do bem a ser feito e do mal a ser evitado.

Devem ser ensinados conceitos básicos de Filosofia, Antropologia e Sociologia aos futuros médicos, aproveitando suas próprias experiências clínicas.

O mais importante é sua participação no processo de avaliar eticamente suas próprias condutas e as condutas profissionais de seus colegas e professores.

Os princípios utilizados pela Bioética principialista, tais como autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, que em verdade já eram utilizados pela Medicina hipocrática, seriam aproveitados como o esteio das discussões, abordando temas como confidencialidade, direito à verdade, sigilo profissional, eutanásia e aborto, dentre outros (D'AVILA, 2002, p. 119).

Segundo o autor:

Empatia, respeito à dignidade do ser humano (suas crenças e valores), conhecimento dos princípios que regem a prática da medicina e sua história, consciência de cidadania e, mais que tudo, amor ao ser humano, ao lado do conhecimento técnico, são os requisitos mínimos para a concessão de um diploma de médico (D'AVILA, 2002, p. 123).

Uma observação interessante para reflexão foi escrita por Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior (2002, p. 54): “Na Medicina como na docência, a ética da igualdade (tratar a todos como iguais) deve ceder lugar à ética da equidade (tratar a cada um de acordo com suas necessidades e suas possibilidades)”.

4.4 Cenários de Aprendizagem

Segundo o Relatório do Fórum de Internato do 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica (2006) os cenários ideais de Ensino-Aprendizagem no Internato seriam:

- Todos os cenários em que existir alguém disposto a aprender e alguém disposto a facilitar a aprendizagem. É também importante no internato:

- Formalizar a inserção da Universidade no SUS pela criação de grupos de gestão constituídos por representantes do Município, da Universidade e da Sociedade. A interação Universidade, comunidade e os serviços de saúde vêm contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e para a transformação social.

- Fazer cumprir as diretrizes curriculares.
- Inserir o estudante em todos os níveis de atenção.
- Respeitar as necessidades de saúde e a Integralidade.

Como Identificar Cenários de Prática que Possibilitem o Desenvolvimento das Competências Necessárias aos Profissionais de Saúde?

Cenário de aprendizagem é qualquer espaço da realidade social no qual se desenvolva um modelo de assistência à saúde, adequado às realidades locais, desde que haja sujeitos dispostos a construir conhecimentos capazes de transformar a realidade.

Todos os atores necessitam aceitar que o espaço seja um cenário de prática, atuando como sujeitos ativos integrando-se no processo ensino-aprendizagem-assistência. Requer a presença de um facilitador para o desenvolvimento das competências.

Os cenários devem conter os recursos necessários ao desenvolvimento das competências estabelecidas.

No currículo tradicional do curso médico ocorre a segregação entre teoria e prática, e a fragmentação do aprendizado, que favorece o crescimento das especializações existentes, vendo-se conteúdos sem relevância, que hierarquizam e desintegram o conhecimento. Observa-se, também, enorme resistência às mudanças nas universidades no que diz respeito à "des-hospitalização" do processo de ensino-aprendizagem. Diversificar os cenários de aprendizagem, "saindo" do hospital e trabalhando com outras situações, representa um grande desafio para a educação médica (FERREIRA; SILVA; AGUERA, 2007, p. 53).

A diversificação dos cenários é compreendida, segundo esses autores, como uma das estratégias para a transformação curricular. Essa estratégia aproxima os estudantes da vida cotidiana das pessoas e desenvolve olhares acadêmicos críticos e voltados para os problemas reais da população.

Cenários de aprendizagem não devem se restringir aos locais de desenvolvimento de práticas profissionais como espaços físicos de trabalho, mas, sim, representar espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas e que possibilitem a incorporação do estudante ao processo de produção do serviço e gerem mudanças no processo de formação profissional do estudante (FERREIRA; SILVA; AGUERA, 2007, p. 54).

Uma das opções dessa diversificação é a aprendizagem baseada na comunidade, na qual o estudante permanece durante sua formação inserida num processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, produzindo conhecimento e serviço de saúde para a população. Esse tipo de educação requer envolvimento dos educandos com a comunidade, fazendo-se reflexões acerca das práticas em saúde envolvidas para a construção de sua aprendizagem, diferentemente dos processos de formação que envolve breves estágios em centros de saúde-escola (FERREIRA; SILVA; AGUERA, 2007, p. 54).

Não se pretende descaracterizar os cenários reais como locais de produção de serviços, nem transformá-los em locais privilegiados de práticas educacionais, transformando o espaço

dos serviços de saúde e da comunidade em prolongamentos do hospital universitário e dos centros de saúde escola.

A construção dos espaços de aprendizagem se dá através da incorporação de estudantes e docentes ao processo de serviços.

Um elemento a destacar das experiências de diversificação de cenários é o seu potencial de revalorizar o papel da prática dentro do processo de ensino e aprendizagem.

A necessidade de dar respostas a problemas práticos se converte no motor da busca e construção do conhecimento por parte dos estudantes, dos docentes e de todos os envolvidos, com a vantagem adicional de existir a oportunidade de experimentar e analisar criticamente as soluções na prática. Além disso, não há o que substitua o contato humano, a vivência e o compartilhar dos problemas, a solidariedade, a construção de vínculos pessoais, a apropriação da realidade que as experiências práticas propiciam (FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000, p. 41).

Um dos objetivos fundamentais da diversificação de cenários é fazer com que o processo ensino-aprendizagem ocorra na realidade social dos serviços de saúde e da comunidade. O estudante aprende a fazer fazendo, a partir da resolução de problemas, da realidade concreta dos fatos (FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000, p.45-46).

No modelo de internato até 2009 da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, os alunos praticamente ficavam nos hospitais de ensino e a maioria não tinha contato com a comunidade, a não ser quando passavam pelo estágio de Medicina Coletiva e no 5º ano quando passavam pela Pediatria e frequentavam três tardes por semana a Unidade Básica de Saúde.

Na nova proposta, os alunos da Pediatria durante o estágio do 5º ano frequentam as UBS, Posto de Pronto Atendimento e Hospital secundário para o atendimento do recém-nascido e só no 6º ano frequentarão hospital terciário, UTI, Ambulatórios de especialidades e Pronto Socorro. Desde o primeiro ano frequentam cenários diversos como as UBS para Prática em Atenção à Saúde (PAS), creches e visitas domiciliares.

A importância de o aluno frequentar estes diversos cenários é que eles farão parte do cotidiano do médico generalista.

O PAS mostra a importância deste cenário na formação médica diferenciada, notadamente na construção de sujeitos críticos e reflexivos, capazes de aprender a aprender com a realidade na qual se inserem.

4.5 Avaliação

Segundo Troncon (1996, p. 429) temos que:

A avaliação do estudante de Medicina cumpre um papel central na sua educação e constitui uma das funções mais importantes da escola médica. A avaliação pode ser definida como um processo de obtenção de informações, visando à tomada de medidas para o aprimoramento do processo educacional e à interferência positiva no aprendizado do estudante. Deve incidir sobre aspectos relevantes e ser conduzida com métodos objetivos, em condições padronizadas, em circunstâncias viáveis e de aceitação indiscutível por todos os envolvidos na avaliação. A avaliação abrangente do estudante de Medicina deveria cobrir os aspectos cognitivos, as habilidades e as competências práticas necessárias ao exercício da profissão, bem como as atitudes e as características pessoais dos alunos.

4.5.1 Avaliação no internato

Temos na avaliação do internato métodos diretos e métodos indiretos.

Métodos Diretos:

- Acompanhamento do desempenho do interno.
- O interno como responsável pelo seu aprendizado.
- Recuperação dos déficits encontrados no percurso.
- Melhora significativa da aprendizagem do interno.

Indiretos:

- Avaliação do processo de aprendizagem.
- Avaliação dos serviços.

E como avaliar o interno sem comprometer sua autonomia?

- Acompanhamento contínuo.
- Deve-se apontar e estimular o aprendizado das eventuais deficiências.
- Auto-avaliação.

- Certificação da aptidão do interno quanto ao desempenho com destreza das atividades de sua competência.
- Os critérios das avaliações dos preceptores devem ser do conhecimento prévio do interno e da equipe de saúde e devem ter sido pactuados.

O que se quer avaliar?

- Identificar perfil desejado do egresso (o que é importante saber ao término do curso?) - formação integral;
- Identificar necessidades de aprendizagem em cada área;
- O que cada ator tem para oferecer na formação (atitude, relacionamento, aprendizagem etc.);
- Avaliar docentes, discentes, instituição, estágios e os serviços. Não se deve restringir aos discentes;
- Participação ativa na implementação e melhoria do SUS.

Como avaliar?

- Avaliação deve ser previamente estabelecida, uniforme e coerentemente;
- Modelo com múltiplos métodos de avaliação;
- Discussão de casos (mini-CEX), avaliação com pacientes ou simulação, portfólio, avaliação formativa.
- Participação dos diversos atores do processo ensino-aprendizagem (gestores, docentes, discentes, preceptores, outros profissionais);
- Avaliação de várias áreas;
- Avaliação deve ser estruturada (CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2006).

4.5.2 Formas de avaliação

Zeferino e Passeri abordam três tipos de avaliação:

Diagnóstica, Somativa e Formativa

A avaliação diagnóstica tem como propósito constatar se os alunos possuem os conhecimentos básicos e imprescindíveis à nova aprendizagem. Devem ser definidos quais conteúdos são pré-requisitos para que o aluno consiga acompanhar a proposta de ensino. Para identificar se o aluno possui o domínio dos conhecimentos prévios, sugere-se a realização de uma avaliação diagnóstica no início de um curso, quando podem ser identificadas falhas a serem monitoradas ou sanadas.

A avaliação formativa é aquela realizada no decorrer do curso com o objetivo de verificar se os alunos estão dominando gradativamente cada etapa proposta. Neste intuito, é importante considerar que os alunos progredirão se compreenderem suas possibilidades e fragilidades e se souberem como se relacionar com elas.

São vários os instrumentos que podem ser utilizados na avaliação formativa. As técnicas de avaliação apresentam características que demandam atenção do professor para sua utilização. Entre as avaliações formativas mais usadas temos: o portfólio, a avaliação por pares, a autoavaliação e o mini-CEX (ZEFERINO; PASSERI, 2007, p. 40).

O portfólio é uma técnica de avaliação muito empregada no ensino médico, que permite registrar elementos significativos da progressão da aprendizagem. Ele deve ser produzido pelo aluno, sob orientação docente, para relatar a evolução do processo de aprendizagem e as competências adquiridas no decorrer deste. Este método de avaliação é muito motivador para o aluno, que participa integralmente do processo. A análise do portfólio demanda dedicação significativa por parte do professor, o que dificulta sua implantação, em cursos com grande número de alunos.

O portfólio (do inglês) é uma modalidade de avaliação retirada do campo das artes e que aparece com o objetivo de criar novas formas de avaliação para o desenvolvimento das inteligências artísticas.

Difundiu-se em um âmbito escolar e universitário na década de 90, principalmente nos Estados Unidos.

A sua conceituação inicial surgiu na história das artes e se refere a um conjunto de trabalhos de um artista (desenhista, cartunista, fotógrafo, etc.) ou de fotos de ator ou modelo usado para divulgação das produções entre os clientes. Nesse caso, é um instrumento útil pela possibilidade de poder comprovar os trabalhos individuais mais importantes, as suas capacidades criadoras e artísticas.

Em algumas profissões, como na área do estilismo, do cinema, da fotografia, da arquitetura, do marketing ou do design, são as próprias características pessoais, institucionais ou de produto que, normalmente, se procuram demonstrar com o objetivo de entrada no mercado.

Historicamente, esse instrumento vem apresentando diversas nomenclaturas que se diferenciam de acordo com suas finalidades e espaço geográfico. Dentre os mais correntes estão: porta-fólios, processo-fólios, diários de bordo, dossiês. O portfólio já se apresenta com algumas classificações: portfólio particular, de aprendizagem, demonstrativo, portfólio docente e, recentemente, em decorrência da expansão dos meios informatizados, passa-se a incluir o webfólio.

Por porta-fólio (como é chamado no Canadá) se entende uma amostra do dossiê. O “dossier” (do francês) é o recipiente ou pasta onde se guardam todos os materiais produzidos pelo estudante, cronologicamente; o porta-fólio é uma seleção representativa do dossiê, é aquilo que formalmente se pode apresentar para avaliação.

O portfólio é uma compilação apenas dos trabalhos que o estudante entenda relevantes, após um processo de análise crítica e devida fundamentação (ALVES, 2003, p. 103-104).

A autoavaliação também é uma técnica de muito valor para a aprendizagem. Esta estratégia tem como objetivo desenvolver o pensamento crítico sobre sua própria atitude no decorrer do curso.

Um aspecto fundamental para a avaliação cumprir sua função é que o aluno conheça de forma imediata quais foram seus acertos e erros, para superar suas deficiências e corrigir seus erros. Nesse sentido a avaliação contribui para a fixação da aprendizagem.

O *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX), consiste numa observação estruturada de diversos itens de atitudes e habilidades, seguida de *feedback* e com duração total de 20-30 minutos. Ele deve ser repetido várias vezes para o mesmo aluno, podendo constituir uma avaliação complementar.

Para avaliar a competência da verdadeira prática clínica (o nível fazer), só se pratica com a observação do desempenho do estudante com pacientes reais. Para isso é necessário que os professores observem os atendimentos realizados pelo estudante. Frequentemente, os professores aceitam a veracidade da história e do exame físico apresentados pelos alunos, sem

nunca terem realmente observado seu desempenho. Indiscutivelmente, a observação direta é um método rico de avaliação, pois fornece uma visão mais realista e integrada das habilidades clínicas dos alunos, facilitando a identificação das áreas de aprendizado a serem reforçadas. Por isso, deveriam receber alta prioridade por parte dos educadores.

O *feedback* imediato deve ser fornecido ao estudante, no sentido de configurar o processo de obtenção de dados como atividade educacional, permitindo ao estudante visualizar os seus erros e dificuldades e direcionar sua aprendizagem para corrigi-los.

Por ser um método que não impõe penalidades, ele cria ambiente tranquilo, de conhecimento baseado na troca de informações, possibilitando ao estudante aprender com seus erros, já que por ser um processo contínuo, ele será submetido a outras avaliações durante o período. O estudante deve se perguntar constantemente: como estou indo e não só como fui.

Fornecer respostas devolutivas aos alunos é um importante aspecto da aprendizagem e um papel essencial dos docentes. No contexto da educação médica clínica, *feedback* se refere às informações que descrevem o desempenho dos alunos em determinada situação ou atividade.

A habilidade de dar e receber respostas melhora os resultados da aprendizagem, uma vez que fornece a base para a aprendizagem autodirecionada e para a reflexão crítica, auxilia os alunos a corrigirem seus erros, reforça comportamentos desejáveis e mostra como o aluno pode melhorar.

Apesar da evidente falta de *feedback* durante o curso médico, os alunos desejam e valorizam essa ferramenta construtiva, considerando-a um aspecto importante do ensino de qualidade. Uma resposta devolutiva eficaz deve ser: assertiva (a comunicação deve ser clara, objetiva e direta), respeitosa, descritiva, oportuna e específica. É fundamental que o docente indique claramente o comportamento, no qual o aluno está tendo bom desempenho e aquele no qual o aluno pode melhorar (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

O *Miniclinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX) vem sendo utilizado em vários serviços de residência e universidades norte-americanas como uma escala de avaliação de habilidades clínicas.

É um instrumento de observação direta de desempenho, que permite que o professor avalie o estudante enquanto este realiza uma consulta objetiva e rápida, focada em

determinada necessidade do paciente. Sua principal característica é reproduzir da maneira mais fiel possível a rotina do profissional em seu local de trabalho. Não usa o paciente como objeto de ensino e consegue identificar e corrigir deficiências de desempenho.

O mini-CEX foi idealizado para ser um instrumento de avaliação formativa, no qual o residente ou interno realiza uma consulta objetiva num paciente, sendo observado pelo professor. A consulta deve ser focada na necessidade atual do paciente e de rápida duração, em média de 15 a 20 minutos.

Pode acontecer em vários ambientes, como numa enfermaria, no ambulatório, no alojamento conjunto de uma unidade neonatal ou numa UTI, podendo ser uma primeira consulta ou uma consulta de seguimento.

Durante o encontro do interno com o paciente, o examinador observa e faz anotações na ficha padronizada, oferecendo logo após o exercício avaliativo um feedback ao estudante, apontando as áreas em que foi bem avaliado e aquelas em que há necessidade de aperfeiçoamento.

Para cada encontro, o professor anota a data, a complexidade do caso clínico, o sexo do paciente, o tipo de consulta, o local, o tempo em minutos gasto na consulta e o tempo do feedback.

O examinador deve anotar se o foco da consulta é: coleta de dados, diagnóstico, tratamento ou orientações de alta. Seguindo a rotina de atendimento na enfermaria, na maioria das vezes, o interno já conhece o paciente e o foco de encontro. Nas consultas de internação e nas primeiras consultas de ambulatório, o foco surgirá durante a consulta, dependendo da necessidade do paciente naquele momento.

Utilizando uma escala de 9 pontos- em que 1 a 3 será considerado insatisfatório; 4, 5 e 6 satisfatório; e 7, 8 e 9, superior-, o professor avalia o interno nos seguintes quesitos: habilidades na entrevista, habilidades no exame físico, qualidades humanísticas/profissionalismo, raciocínio clínico, habilidades de orientação, organização/eficiência e competência clínica geral.

O professor anota seu grau de satisfação com o método numa escala de 9 pontos em que o nível 1 significa insatisfeito, e o 9, muito satisfeito. Para qualquer item, o professor poderá anotar “não aplicável” se considerar que naquele quesito não há dados suficientes para uma correta avaliação.

Finalmente, a competência geral é avaliada não como uma média aritmética dos demais escores mas como síntese da avaliação. Anota-se o tempo gasto, em minutos, pelo estudante durante a consulta e o tempo gasto com o *feedback* fornecido pelo examinador. O documento deve ser assinado pelo professor e pelo estudante.

Pelo fato de os encontros serem relativamente curtos e objetivos e ocorrerem no ambiente de treinamento do interno ou residente, cada estudante tem a oportunidade de ser avaliado várias vezes e por diferentes professores, o que facilita a aferição psicométrica do teste (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009, p. 166-175).

No curso médico da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP após oficina de capacitação sobre o mini-CEX e discussão com os docentes foi adotado um modelo de mini-CEX (ANEXO A), para o Internato. No 5º ano de Pediatria cada aluno realiza três avaliações, uma em cada área (UBS, Berçário e Pronto Atendimento) e no 6º ano (2011) realizará também 3 avaliações (Enfermaria, Berçário e Ambulatório).

O mini-CEX é um instrumento dinâmico que reproduz a rotina da atividade médica e tem como finalidade promover uma devolutiva construtiva para o aluno durante seu treinamento. Na devolutiva pode ser solicitada uma auto-avaliação e deve ser informado ao aluno o que ele fez bem, comentar o que poderia ter feito melhor e como poderia ter feito melhor. Como ele é um mini exercício clínico, não demanda muito tempo a sua aplicação, podendo ser observado só a anamnese ou uma parte do exame físico. Pode ser repetido quantas vezes for necessário. É uma avaliação formativa, pois nesta avaliação o aluno está promovendo seu aprendizado.

Luiz Megale em sua dissertação de mestrado refere que em 1972, o *American Board of Internal Medicine – Abim*, suspendeu a avaliação oral para residentes e foi recomendado que se usasse nos serviços de residência médica o *Clinical Evaluation Exercise – CEX* como uma forma de avaliar competências adquiridas durante o estágio. Esse exercício avaliativo, exemplo típico de um caso longo, deveria ser conduzido por um experiente professor que observava o interno ou residente enquanto ele realizava a anamnese, exame físico completo, e apresentava dados para o diagnóstico e a melhor condução do caso. Ao término da consulta, o examinador oferecia ao estudante um *feedback* em forma de discussão do caso e documentava a experiência numa ficha avaliativa.

Mais tarde o estudante apresentava ao professor uma cópia escrita da consulta para posterior avaliação. Este exame demorava em média duas horas. Várias críticas foram

levantadas com relação ao *Clinical Evaluation Exercise – CEX*, como instrumento de avaliação: em primeiro lugar, o estudante era avaliado por um único professor e, estudos têm mostrado que mesmo clínicos experientes divergem entre si quando observam exatamente o mesmo caso.

Em segundo lugar, o residente era avaliado em apenas um exame com um único paciente e como os problemas de cada paciente diferiam muito entre si, o desempenho em um caso não predizia o desempenho em outros. Também, o exame além de ser muito demorado, era dependente do rigor pessoal de cada professor.

O mini-CEX permite que o estudante seja avaliado por diferentes professores enquanto está examinando pacientes com diferentes problemas clínicos. Assim, o mini-CEX vem sendo utilizado em vários serviços e universidades norteamericanas e testado em outros países como um instrumento de avaliação de habilidades clínicas (MEGALE, 2008, p. 35-36).

Na sua pesquisa Megale (2007, p. 75) demonstra que o mini-CEX é um instrumento de avaliação de competências que apresenta um bom índice de confiabilidade e de consistência interna e que os dados preliminares sugerem que ele poderá vir a ser utilizado como marco inicial de avaliação de habilidades clínicas no Internato de Pediatria.

Avaliação somativa é realizada no final do curso e consiste em identificar se o aluno adquiriu as competências necessárias para desenvolver novas etapas do processo de aprendizagem. Dificilmente esta forma de avaliação não classifica o estudante. Embora muito se fale que a avaliação somativa é punitiva, parece não haver um consenso, em como desmistificar esse termo, pois, na realidade, ela precisa ser seletiva para não comprometer o desenvolvimento de novas aprendizagens. Como exemplos de avaliações somativas temos: salto triplo, prova escrita, *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) e prova de progresso.

O “Salto Triplo” é um exercício com grande similaridade ao cotidiano dos profissionais de saúde. Está composto por três partes:

1º Passo: apresenta-se ao estudante um problema específico e se pede que avalie a situação, determine os componentes do problema e estabeleça as necessidades para resolvê-lo.

2º Passo: o estudante deve, por um período pré-determinado, buscar as informações necessárias para resolução do problema.

3º Passo: o aluno apresenta as explicações e seu entendimento sobre o problema e as soluções mais plausíveis. O docente e o estudante analisam o processo em todas as suas fases.

A prova escrita, por exemplo, permite verificar o domínio cognitivo adquirido e pode ser desenvolvida por meio de questões dissertativas ou testes. Os testes não avaliam as habilidades de expressão do aluno, não há subjetividade na correção e o feedback é praticamente imediato.

As questões dissertativas avaliam, além do conhecimento, a capacidade reflexiva do aluno, a organização de suas ideias e sua capacidade de expressão.

Sua correção demanda maior dedicação do professor, necessitando interpretar as respostas com base num padrão esperado, sendo o retorno ao aluno mais demorado.

O *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), muito utilizado na área médica, avalia o desempenho do estudante em situações delimitadas, com roteiro pré-estabelecido (*checklists*), podendo haver interação com paciente simulado ou recursos didáticos, utilizando-se estações de avaliação em rodízio. A operacionalização é trabalhosa e o custo é alto. As notas são dadas pelos observadores ou pelos pacientes, por meio de *checklists* isolados ou combinados com conceito. Além do grande desafio operacional e custo que representa, três aspectos dificultam o OSCE de se aproximar de situações de prática clínica: (1) o tempo limitado em cada estação exige que o aluno demonstre habilidades isoladas de uma consulta, o que desconstrói a relação médico-paciente; (2) ao se basear num *checklist* de tarefas, passa a mensagem de que a interação médico-paciente pode ser uma lista de ações; (3) como nem tudo pode ser simulado, há uma limitação dos problemas que podem ser abordados pelo ator. O OSCE não avalia o estudante em condições reais e se presta à avaliação do "saber como" (ZEFERINO; PASSERI, 2007, p. 39-43).

A prova de estações (OSCE) é realizada no 5º ano no final de cada estágio de Pediatria. Atualmente, estamos fazendo no Internato de Pediatria da PUC Sorocaba, três estações correspondendo ao Berçário, Pronto Atendimento e UBS. Em 2011 faremos também para o 6º ano.

A prova de progresso é uma prova com teste de múltipla escolha com questões de baixa, média e alta complexidade, sendo a mesma prova para todas as séries (do primeiro ao sexto ano) e serve para a avaliação do progresso dos alunos. Esta prova é realizada no final do ano letivo.

De acordo com o 6º Congresso Paulista de Educação Médica em Ribeirão Preto 2008 o procedimento mais recomendável e mais factível de avaliar durante o internato precisa levar em conta:

- Eliminar a subjetividade do avaliador.
- Utilizar critérios definidos com *checklist*.
- Avaliar atitudes e comportamentos do estudante.
- Importância do portfólio reflexivo.
- Avaliação continuada.
- Teste do progresso.
- Questões abertas: testes de múltipla escolha.
- Treinamento para prova de residência.
- Avaliação de programa e de docente.

No relatório do II Fórum de Internato da 45ª COBEM foram estabelecidos os objetivos do Internato (Uberlândia 2007):

Identificar/estabelecer as competências mínimas a serem adquiridas pelo interno, nos diversos cenários de aprendizagem, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCN).

Quais as competências mínimas, específicas do médico geral, por área do conhecimento (Clínicas Médica e Cirúrgica, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva) segundo as DCN.

Competência é a capacidade de o profissional utilizar ferramentas (conhecimentos, habilidades e atitudes) para atuar de forma resolutiva em qualquer cenário de prática.

A competência fundamental do profissional de saúde é de olhar e analisar a realidade identificando os problemas e seus determinantes e ter reflexão crítica e capacidade de mobilizar recursos para sua transformação.

4.5.3 Avaliação para os alunos do 5º ano de Pediatria

Seguem-se algumas ações avaliativas mais comumente praticadas:

Avaliação diagnóstica no início do estágio em forma de teste, para tomar ciência dos conhecimentos anteriores e investir nas deficiências.

Avaliação prática tipo mini CEX, um em cada área de estágio (UBS, PA e Berçário), desde que seja satisfatória e repetir se for insatisfatória.

Portfólio da criança que farão seguimento até o 6º ano. Neste caso, os alunos recebem uma criança, de preferência um recém-nascido ou uma criança até dois meses de idade e acompanharão a sua evolução no início mensalmente, até 6 meses e após trimestralmente, até chegarem ao 6º ano do curso médico.

Portfólio de um caso clínico durante o estágio.

Prova de estações (OSCE) ao término do estágio e prova escrita de casos clínicos, no final do ano.

Prova de progresso. Realizada anualmente com todos os alunos (do primeiro ao sexto ano, a mesma prova)

Observação diária pelos preceptores quanto a: pontualidade, interesse, relacionamento com os pares, enfermagem, pacientes, professores etc.

O aluno que tiver sua avaliação insatisfatória deverá fazer recuperação no final do ano.

No final do estágio de Pediatria, fazem avaliação do estágio e autoavaliação sob a forma de questionário.

5 AVALIAÇÃO DO INTERNATO DE PEDIATRIA (5º ANO)

Neste capítulo fazemos a avaliação do Internato de Pediatria do 5º ano analisando o questionário aplicado aos alunos.

5.1 Questionário

Segundo o relatório de Ana Amaro, Andreia Póvoa e Lúcia Macedo (2004/2005), embora nem todos os projetos de pesquisa utilizem o questionário como instrumento de recolha e avaliação de dados, este é muito importante na pesquisa científica, especialmente nas ciências da educação.

Um questionário é um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. Para tal, coloca-se uma série de questões que abrangem um tema de interesse para os investigadores, não havendo interação direta entre estes e os inquiridos.

Através da aplicação de um questionário a um público-alvo constituído, por exemplo, de alunos, é possível recolher informações que permitam conhecer melhor as suas lacunas, bem como melhorar as metodologias de ensino podendo, deste modo, individualizar o ensino quando necessário.

A aplicação de um questionário permite recolher uma amostra dos conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos. Deste modo é importante ter em conta o que se quer e como se vai avaliar, devendo haver rigor na seleção do tipo de questionário a aplicar de modo a aumentar a credibilidade do mesmo.

Existem três tipos de questionários: questionário aberto, fechado e misto.

O questionário do tipo fechado tem na sua construção questões de resposta fechada, permitindo obter respostas que possibilitam a comparação com outros instrumentos de recolha de dados. Este tipo de questionário facilita o tratamento e análise da informação, exigindo menos tempo.

Os questionários fechados são bastante objetivos e requerem um menor esforço por parte dos sujeitos aos quais é aplicado.

Quando se aplica um questionário pretende-se medir aspectos como atitudes ou opiniões do público-alvo, e tal só é possível com a utilização de escalas.

As escalas que se utilizam podem ser de quatro tipos: escala de Likert, VAS (*Visual Analogue Scales*), escala Numérica e escala Guttman.

A escala de Likert apresenta uma série de cinco proposições, das quais o inquirido deve selecionar uma, podendo estas ser: concorda totalmente, concorda, sem opinião, discorda, discorda totalmente. É efetuada uma cotação das respostas que varia de modo consecutivo: +2, +1, 0, -1, -2 ou utilizando pontuações de 1 a 5. É necessário ter em atenção quando a proposição é negativa. Nestes casos a pontuação atribuída deverá ser invertida.

O questionário aplicado aos alunos do 5º ano para avaliação do estágio foi baseado na escala de Likert e foi um questionário fechado. Nessa escala, várias afirmativas são feitas em relação a diversos aspectos da avaliação e o grau de concordância ou discordância é medido através de cinco respostas possíveis onde foram atribuídos valores padrão no intuito de calcular o *Ranking* Médio proposto por Oliveira (2005). Neste modelo atribui-se um valor de 1 a 5 para cada resposta, sendo 5 para concordo totalmente, 4 para concordo, 3 para indiferente, 2 para discordo e 1 para discordo totalmente.

Concordância	Valores Padrão
Discordo totalmente	1
Discordo	2
Indiferente	3
Concordo	4
Concordo totalmente	5

Quadro 3. Escala de concordância

O valor encontrado para concordo totalmente é multiplicado por 5, concordo é multiplicado por 4 e assim por diante. Dividindo a soma total destes valores pelo número de respostas temos o *ranking* médio (RM).

Os alunos avaliaram o Internato de Pediatria do 5º ano médico respondendo no último dia de estágio um questionário aplicado para cada área de estágio: Unidade Básica de Saúde

(UBS), Berçário, Pronto Atendimento (PA) e discussão de casos e seminários (APÊNDICE A). Foram 4 turmas: a primeira com 17 alunos, a segunda com 15, a terceira e a quarta com 17 alunos cada, somando 66 alunos de um total de 100.

O projeto de pesquisa sobre avaliação do Internato Médico foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba da PUC-SP (ANEXO B) e registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa SISNEP (ANEXO C). Os alunos assinaram “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, cujo modelo está no ANEXO D.

5.2 Resultados:

Tabela 1. Resultado do *Ranking* Médio (RM)

	UBS	PA	Berçário	Disc.
Qualidade da discussão de caso	4,4	4,2	4,2	4,0
Utilização de conhecimentos prévios	4,8	4,4	4,4	4,3
Estímulo à busca de fontes complementares	4,6	4,3	4,3	4,2
Assistência docente	4,9	4,6	4,6	4,3
Contribuição para a relação médico-paciente	4,7	4,3	4,5	
Aplicação do mini-CEX	3,8	3,6	3,8	
Autoavaliação	4,3	4,1	4,3	4,0
Contribuiu para melhoria dos conhecimentos				4,6

Segundo Oliveira (2005), o RM acima de 3 é um resultado concordante e abaixo de 3 é discordante.

Analisando o mini-CEX em porcentagem temos a seguinte tabela:

Tabela 2. Porcentagem de respostas sobre a aplicação do mini-CEX

	UBS	PA	Berçário	% média	%total concordância
Concordo plenamente	28,7%	30,30%	24,24%	27,74%	66,42%
Concordo	42,4%	37,30%	36,36%	38,68%	
Indiferente	18,1%	21,21%	27,27%	22,19%	
Discordo	6,06%	6,06%	7,57%	6,56%	32,29%
Discordo totalmente	4,54%	4,54%	4,54%	4,54%	

Analisando os resultados do questionário aplicado aos alunos do quinto ano de Medicina, observamos que:

1. A análise corresponde a 66% do total de alunos.
2. Na avaliação do estágio nos 4 cenários de aprendizagem o RM foi maior que 4.
3. Que a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi o cenário de aprendizagem com maior índice de concordância.
4. Se a aplicação do mini-CEX contribuiu para a formação recebeu pontuação menor que 4 (variando de 3,6 a 3,8).

Conclusão:

No questionário sobre o estágio de Pediatria, aplicado aos alunos do 5º ano do Internato Médico observa-se que:

A) Obteve-se um índice de concordância maior que 4 exceto na avaliação do mini-CEX. Este dado mostra um bom índice de concordância para os novos cenários utilizados.

B) Comparando os cenários de prática: UBS, PA e Berçário, a UBS obteve o maior índice de concordância, provavelmente este fato ocorreu devido ao maior período de estágio nesta área (4 semanas), possibilitando a criação de maior vínculo com os docentes e com os pacientes, pois estes retornam às consultas, o que permite avaliar a evolução do caso e estreitar o relacionamento.

C) Na avaliação da aplicação do mini-CEX para a formação, os estudantes avaliaram com índice de concordância inferior aos outros itens analisados (3,6 a 3,8). Teriam os alunos associado a avaliação formativa à avaliação somativa? Quando se analisa em porcentagem, observa-se que 32,29% dos alunos foram indiferentes ou discordaram deste tipo de avaliação para a formação. Caberia aos docentes reforçar a importância, para o aprendizado, deste tipo de avaliação? Será que todos os docentes consideram o mini-CEX uma avaliação importante? Cabe ressaltar que o mini-CEX, era uma avaliação desconhecida pelos docentes e é a primeira vez que foi aplicada no Internato. Além disto, a cultura de avaliação formativa ainda não tem a mesma força que a somativa e está sendo incorporada paulatinamente no meio acadêmico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na pesquisa por trabalhos, propondo ensino estruturado e avaliações para o Internato Médico, encontramos pouco material para comparar ou basear nossas atividades no ensino da Pediatria nestes dois anos, período tão importante para os estudantes da área médica. Os raros trabalhos encontrados são patrocinados pela ABEM e estão em fase de discussão em encontros e congressos. O desafio, neste momento, da ABEM, é o estabelecimento das diretrizes nacionais para o Internato Médico.

O Internato Médico, período de dois anos de treinamento em serviço, está sofrendo transformações. Esta é uma excelente oportunidade para integração de conhecimentos teóricos e práticos na formação do futuro médico, mantendo-o solidário às necessidades de saúde das pessoas de sua região. Para tanto é fundamental também no Internato afastar-se do atual modelo hospitalocêntrico, em que o cenário é de hospital terciário, com muita tecnologia e atenção médica terciária, para atendimento de pacientes com doenças graves.

Será oportuno proporcionar períodos de aprendizagem em hospitais com atendimento secundários, com pacientes portadores de doenças mais frequentes, em atendimento primário nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Pronto Atendimento de bairros, pois estes cenários representam a maioria dos atendimentos médicos da nossa população.

Acreditamos que os hospitais terciários são fundamentais para o ensino e aprendizagem do médico e devem estar presentes em um período do Internato, mas exclusivamente este cenário afasta o futuro profissional da realidade cotidiana da Medicina e o faz interessado em doenças complexas e raras, muito vinculado a tecnologias para atendimento da minoria.

No modelo tradicional de internato, os alunos praticamente ficavam no hospital terciário (Hospital Regional de Clínicas) com pacientes graves e tinham pouco contato com o cotidiano da população e quase não tinham contato com os atendimentos primários.

Na proposta que apresentamos para o primeiro ano do Internato de Pediatria, os cenários de aprendizagem são: as UBS, Pronto Atendimento e Hospital Secundário (maternidade); este, para atendimento do recém-nascido.

Na UBS, os estudantes atendem as crianças supervisionados por um docente (4 a 5 alunos), discutem os casos e recebem uma criança com até 2 meses de idade para fazer o acompanhamento até o 6º ano. Neste caso, têm oportunidade de aprender puericultura e criar

um vínculo afetivo com a criança e seus familiares. Isso é muito importante para a relação médico-paciente.

No Pronto Atendimento, atendem os casos de urgências, também orientados por um docente.

No Berçário, atendem os recém-nascidos na sala de parto com o docente, examinam os recém nascidos (RN), no alojamento conjunto (RN junto com sua mãe), orientam as mães sobre amamentação e cuidados gerais com o RN.

Na década de 70, tínhamos atendimento primário nos ambulatórios da maioria das Faculdades de Medicina, pois naquela época apenas os trabalhadores com carteira assinada podiam usufruir do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) e o restante da população, que não tinha plano de saúde, era considerada indigente e era atendida nos hospitais universitários. Também os pacientes internados tinham patologias mais comuns, pois era feito atendimento secundário também.

Com o advento do SUS ocorreu a universalização do atendimento à saúde no país. O sistema foi hierarquizado, assim os hospitais de ensino passaram a ser referência de casos graves. O atendimento primário coube às UBS e aos ambulatórios das Faculdades às especialidades médicas.

O perfil dos alunos também foi mudando, agora mais interessados em especialidades médicas, principalmente aquelas associadas às novas tecnologias e em passar nos exames de Residência Médica.

O relacionamento médico-paciente também foi se deteriorando, dando lugar a muitos exames e pouca atenção ao doente. As novas tecnologias, a chegada do computador ao consultório, a preocupação com resultados que confirmem o diagnóstico clínico e ainda o receio de erro médico, vêm afastando o profissional do paciente como ser humano. São inegáveis as vantagens da tecnologia aplicada à Medicina. Assim, acreditamos que uma excelente formação profissional, um internato bem estruturado, vivenciando diversos cenários de prática e na criação de vínculos com os pacientes desde o início da formação médica, possa ser a chave para a correção destas distorções.

Em relação à avaliação, consideramos muito importante a avaliação formativa com o mini-CEX, além das outras avaliações clássicas já executadas (prova escrita, prova de progresso, avaliação formativa no acompanhamento do aluno no cotidiano).

O mini-CEX pode ser um avanço no processo avaliativo, pois o aluno tem a oportunidade de receber uma devolutiva de seu professor mencionando o que fez bem, o que

poderia ter feito melhor e como poderia ter feito melhor, aprimorando seu aprendizado e ainda a oportunidade de solicitar uma autoavaliação.

Até 2010 a avaliação no internato era praticamente somativa na Faculdade de Ciências Médicas da PUC Sorocaba. Na Pediatria tínhamos ainda algumas aulas teóricas, no 5º ano. No novo Internato as atividades são essencialmente práticas, pois os alunos obtiveram os conhecimentos teóricos em anos anteriores.

Analisando o questionário sobre o estágio de Pediatria, aplicado aos alunos do 5º ano do Internato Médico podemos dizer que as respostas dadas aprovam o estágio em 86% .

Nesta dissertação não foi avaliada a prova prática realizada no final do estágio, nem a avaliação diagnóstica feita no início do estágio em forma de teste, que poderão ser objeto de nova pesquisa.

Um fator importante para o bom desempenho do estudante na nova metodologia é o entrosamento dos docentes da disciplina com o novo método, tendo como ponto de chegada à formação de um médico de pessoas.

Acreditamos que com novos métodos de ensino e aprendizagem os alunos tendo contato mais precocemente com os pacientes, frequentando a comunidade em que vivem, melhorem seus relacionamentos e aprendam a ouvir mais seus pacientes e aprendam a tratar cada paciente como um membro querido de sua família.

Com a globalização tivemos a imposição da economia mundial sobre todas as pessoas e todas as categorias profissionais.

O mundo é dominado hoje pelo capitalismo que impõe regras e não deixa tempo para refletir. Perdemos o sentido de família, de comunidade, de equidade etc. A questão central hoje é a econômica. O médico e outros profissionais vivem por isso hoje atrás de muitos empregos e não é fácil para o médico ter uma conduta mais humana num mundo que não é nada humano, dominado pela técnica e não pela ética, pelo econômico e não pelo social.

O conhecimento e a técnica não são os horizontes últimos da educação, e sim, importantes meios de realização da humanidade. A solidariedade e a justiça social são os objetivos da universidade e devem alcançar o cotidiano da vida pública.

A universidade deve formar mais que profissionais e sim cidadãos, construir conhecimentos, que se transformem em riqueza espiritual e material da humanidade, ajudar a sociedade a desenvolver todas as suas potencialidades. Fazer todo o possível, a favor do bem

estar coletivo, respeitando a liberdade e o direito para todos, inclusive das gerações futuras (DIAS SOBRINHO, 2005).

“Que a universidade não dê razão ao mercado se e quando ele se impõe como razão da sociedade. Que a universidade não seja um motor da globalização da economia de mercado, mas sim da globalização da dignidade humana”. (DIAS SOBRINHO, 2005, p. 172).

Portanto, esta dissertação deverá contribuir para a formação de um médico com responsabilidade social.

Este trabalho poderá servir como ponto de apoio, para novas avaliações da significativa mudança curricular, ocorrida na Faculdade de Ciências Médicas da PUC-SP. Certamente outras avaliações virão para analisar os rumos do atual currículo em implantação.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, P. Introdução ao estudo da pediatria. In: MARCONDES, E. (Coord.). **Pediatria Básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 3. Tomo I: Pediatria geral e neonatal.

ALVES, L. Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (Org.). **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville: UNIVILLE, 2003. p. 103-104.

AMARO, A.; MACEDO, L.; PÓVOA, A. **Metodologias de investigação em Educação: a arte de fazer questionários**. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade de Porto Departamento de Química, 2004/2005.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. Estratégias: elementos determinantes. Estratégias de trabalho docente. In: _____ (Org.). **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville: UNIVILLE, 2003. p. 79-99.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **O internato nas escolas médicas brasileiras**. Rio de Janeiro: ABEM, 1982.

BRAILE, D. M. O internato na graduação médicas: áreas gerais ou especialidades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 24-25, set./dez. 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Beneficiários por modalidade operadora. In: _____. **Informação em Saúde Suplementar**. Florianópolis, 2006. Disponível em: <anstabnet.ans.gov.br/data/files/.../Apresentação%20Natal%20Final_MP.ppt>. Acesso: 21 mar. 2010. Slide n. 15.

_____. Conselho Federal de Educação. Parecer 506/69. Currículo mínimo dos cursos de graduação em Medicina. **Documenta**, Brasília, DF, n. 103, p. 95-103, jul. 1969.

_____. Conselho Nacional de Educação. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de novembro de 2001, Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/cne_minuta_resolucao.htm>. Acesso em: 12 jan. 2009.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. In: ALMEIDA, M. (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. 2. ed. atual. ampl. Londrina: Rede UNIDA, 2005.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Manual do internato**. Brasília: MEC, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

CALLAHAN, D. Bioethics. In: REICH, W. T. (Ed.). **Encyclopedia of bioethics**. New York: Macmillan, 1995. v. 1, p. 247-256.

CAMARGO, M. C. Z. A. O ensino da ética e o horizonte bioética. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 47-51, 1996. Simpósio: O Ensino da Ética dos Profissionais de Saúde.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARAMICO, H. J.; ZAHER, V. L.; ROSITO M. M. B. Ensino da bioética nas faculdades de medicina do Brasil. **Bioethikos**: Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 76-90, 2007.

CERQUEIRA-SILVA, S.; DESSEN, M. A.; COSTA JÚNIOR, A. L. As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, artigo n. 0289, 2008. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3360>. Acesso em: 12 jan. 2009.

CHAVES, I. T. S.; GROSSEMAN, S. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 212-222, dez. 2007.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 44., 2006, Gramado. **Relatório...** Disponível em: <www.abem-educmed.org.br/.../documento_final_relatoria_cobem_06.pdf>. Acesso em: 17 set. 2009.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 45., 2007, Uberlândia. **Relatório...** Disponível em: <www.sorocaba.pucsp.br/atn/.../relatorio_forum_internato_45_cobem.pdf>. Acesso em: 17 set. 2009.

CONGRESSO PAULISTA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6., 2008, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto, 2008. 1 CD-ROM.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun. 2004.

D'AVILA, R. L. É possível ensinar ética médica em um curso formal curricular? **Bioética**, Brasília, DF, v. 10, n. 1, p. 115-126, 2002.

DEL GIGLIO, A. Medicina e humanismo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 3, p. 191-192, jun. 2007. Editorial.

DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir**. 10. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2006. p. 89-96.

DIAS SOBRINHO, J. Educação superior, globalização e democratização. Qual universidade? **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 164-173, jan./fev./mar./abr. 2005.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUERA, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, p. 52-59, jan./abr. 2007.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na Educação Médica: processos e resultados**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 22, p. 36-48, dez. 2000.

FLEXNER, Abraham. **Medical education in the United States and Canada**. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. Disponível em: <http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

GARBIN, H. B. R.; PEREIRA NETO, A. F.; GUILAM, M. C. R. The internet, expert patients and medical practice: an analysis of the literature. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 579-588, jul./set. 2008.

KILSZTAJN, S. et al. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 93-108, jan./jun. 2003.

LAMPERT, J. B. **Paradigmas da Educação Médica em tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

_____. Na transição paradigmática da Educação Médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v.1, maio 2004. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/caderno_vol1.php>. Acesso em: 02 fev. 2010.

LENOIR, N. Promover o ensino da bioética no mundo. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 65-70, 1996. Simpósio: O Ensino da Ética dos Profissionais de Saúde.

LONDRES, L. R. Conflitos na relação médico-paciente. In: SIMPÓSIO CATARINENSE DE IÁTRICA E HUMANISMO NA MEDICINA, 1., 1999, Florianópolis. **Anais...** Disponível em: <http://www.luizrobertolondres.com.br/aprendendo/palestra_integra.asp?id=2>. Acesso em: 23 jan. 2010.

LONDRES, L. R. Luiz Roberto Londres. Entrevistadora: Maria José Limeira. **Encontros de Escrita**, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.escritas.hpg.ig.com.br/entrev08-03.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

LOPES, A.D.; LICHTENSTEIN, A. William Osler. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 86, n. 3, p. 185-188, jul./set. 2007. Disponível em: <medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_118_185-88.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2009.

LUZ, P. L. William Osler, médico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 57, p. 231-236, 1991.

MAMEDE, Silvia. Aprendizagem Baseada em Problemas: Características, Processos e Racionalidades. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. C. (Org.). **Aprendizagem Baseada em Problemas**: Anatomia de uma Nova Abordagem Educacional. Fortaleza: HUCITEC, 2001. p. 27-48.

MARINO JÚNIOR, R. **Osler, o moderno Hipócrates**. São Paulo: CLR Balieiro, 1999.

MEGALE, L. **Competência clínica em pediatria: proposta de instrumento de avaliação discente no internato**. 2007. (Dissertação – Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-7FWHJU>>. Acesso em: 12 jun. 2010.

MEGALE, L.; GONTIJO, E. D.; MOTTA, J. A. C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 166-175, abr./jun. 2009.

NAVARRO DA CRUZ, E. M. T. Formando médicos da pessoa: o resgate das relações médico-paciente e professor-aluno. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2/3, p. 22-27, maio/dez. 1997.

OLIVEIRA, L. H. **Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert**. Notas de Aula. Metodologia Científica e Técnicas de pesquisa em Administração. Mestrado em Administração e Desenvolvimento Organizacional. Varginha: PPGA CNEC/FACECA, 2005.

PENAFORTE, J. C. John Dewey e as Raízes Filosóficas da Aprendizagem Baseada em Problemas. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. C. (Org.). **Aprendizagem Baseada em Problemas: Anatomia de uma Nova Abordagem Educacional**. Fortaleza: HUCITEC, 2001. p. 51-77.

PERRENOUD, P. **Prática pedagógica, profissão docente e formação: perspectivas sociológicas**. Portugal: Publicações Dom Quixote, 1993.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. **Projeto Pedagógico (PP) do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba do Centro de Ciências Médicas e Biológicas (CCMB) PUC-SP**. Sorocaba: PUC-SP/CCMB, 2005.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. Faculdade de Ciências Médicas. **Normatização do Módulo de Prática em Atenção à Saúde – PAS**. Sorocaba: Faculdade de Ciências Médicas, 2008. Disponível em: <http://www.sorocaba.pucsp.br/atn/download/2008/normas_reg_med/norma_pas.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2009.

RELATÓRIO do Seminário Internacional: os desafios do ensino da Atenção Básica na Graduação em Medicina, Brasília 18-21 de julho de 2007: versão preliminar. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio%20Geral%20do%20Seminario%20_2_.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2009.

RONCOLETTA, A.; LEVITES, M.; MONACO, C. Impacto das novas competências do médico de família: coordenação de cuidados no hospital e gerenciamento de pacientes crônicos no domicílio. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 108-113, 2009.

SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de Miranda. Ética do professor de medicina. **Bioética**, Brasília, DF, v. 10, n. 1, p. 49-84, 2002.

SILVA, J. C. L. Publicidade médica e publicidade para médicos: questões éticas e legais. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 18., 2008, Brasília, DF. **Anais eletrônicos...** Brasília, DF: CONPEDI, 2008. Disponível em: <http://conpedi.org/manaus/arquivos/anais/brasil/09_380.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2010.

TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante de medicina. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 429-439, out./dez. 1996.

TSUJI, H.; ZANOLLI, M. B. **Manual do internato da FAMEMA**. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2003.

URBAN, C. A. A bioética e a prática médica. **Jornal Vascular Brasileiro**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 275-277, set. 2003.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 176-179, maio/ago. 2007.

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S. M. R. R. Avaliação da aprendizagem do estudante. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 39-43, out. 2007.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.

Para a UBS, Berçário e PA o questionário foi o seguinte:

A – UBS

1. Quanto à qualidade da discussão dos casos:
 - Plenamente satisfatório
 - Satisfatório
 - Sem opinião
 - Pouco satisfatório
 - Insatisfatório
2. Possibilitou a utilização de conhecimentos prévios:
 - Concordo plenamente
 - Concordo parcialmente
 - Indiferente
 - Discordo
 - Discordo totalmente
3. Estimulou à busca de fontes complementares de informação:
 - Concordo plenamente
 - Concordo
 - Indiferente
 - Discordo
 - Discordo totalmente
4. Assistência docente:
 - Plenamente satisfatória
 - Satisfatória
 - Sem opinião
 - Pouco satisfatória
 - Insatisfatória

5. Contribuiu para o aprimoramento da relação médico-paciente: Concordo plenamente
- Concordo
 - Indiferente
 - Discordo
 - Discordo totalmente
6. A aplicação do Mini-Cex contribuiu para minha formação
- Concordo plenamente
 - Concordo
 - Indiferente
 - Discordo
 - Discordo totalmente
7. Auto avaliação: meu aproveitamento foi:
- Plenamente satisfatório
 - Satisfatório
 - Sem opinião
 - Pouco satisfatório
 - Insatisfatório

Para as discussões de caso e seminários:

D - DISC. DE CASO E SEMINÁRIO

1. Quanto a qualidade da discussão dos casos:
- Plenamente satisfatória
 - Satisfatória
 - Sem opinião
 - Pouco satisfatória
 - Insatisfatória

2. Possibilitou a utilização de conhecimentos prévios.
 - Concordo plenamente
 - Concordo parcialmente
 - Indiferente
 - Discordo
 - Discordo totalmente
3. Estimulou à busca de fontes complementares de informação.
 - Concordo plenamente
 - Concordo parcialmente
 - Indiferente
 - Discordo
 - Discordo totalmente
4. Assistência docente:
 - Plenamente satisfatória
 - Satisfatória
 - Sem opinião
 - Pouco satisfatória
 - Insatisfatória
5. Contribuiu para a melhoria de meus conhecimentos em Pediatria.
 - Concordo plenamente
 - Concordo parcialmente
 - Indiferente
 - Discordo
 - Discordo totalmente
6. Autoavaliação: meu aproveitamento foi:
 - Plenamente satisfatório
 - Satisfatório
 - Sem opinião
 - Pouco satisfatório
 - Insatisfatório

APÊNDICE B - Tabelas de Índice de Concordância e Porcentagem

Tabela 3. UBS

		Série / Número de Alunos					RM	%		
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	Total				
		17	15	17	17	66				
QUALIDADE DA DISCUSSÃO DE CASO	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	9	5	9	8	31	155,0	4,4	46,90	99,9
	SATISFATÓRIA	8	10	8	9	35	140,0		53,00	
	SEM OPINIÃO	0	0	0	0	0	0,0		0	
	POUCO SATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0,0		0	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0,0		0	
UTILIZAÇÃO DE CONHECIMENTOS PRÉVIOS	CONCORDO PLENAMENTE	13	14	15	15	57	285,0	4,8	86,30	99,9
	CONCORDO PARCIALMENTE	4	1	2	2	9	36,0		13,60	
	INDIFERENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
	DISCORDO	0	0	0	0	0	0,0		0	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
ESTIMULOU A BUSCA DE F. COMPLEMENTARES	CONCORDO PLENAMENTE	15	8	14	6	43	215,0	4,6	65,10	99,9
	CONCORDO	2	7	3	11	23	92,0		34,80	
	INDIFERENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
	DISCORDO	0	0	0	0	0	0,0		0	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
ASSISTÊNCIA DOCENTE	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	16	14	15	15	60	300,0	4,9	90,90	99,9
	SATISFATÓRIA	1	1	2	2	6	24,0		9,09	
	SEM OPINIÃO	0	0	0	0	0	0,0		0	
	POUCO SATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0,0		0	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0,0		0	
CONTRIBUI PARA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	CONCORDO PLENAMENTE	16	11	16	9	52	260,0	4,7	78,70	99,9
	CONCORDO	1	4	1	7	13	52,0		19,60	
	INDIFERENTE	0	0	0	1	0	0,0		0	
	DISCORDO	0	0	0	0	0	0,0		0	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
APLICAÇÃO MINI- CEX	CONCORDO PLENAMENTE	9	2	5	3	19	95,0	3,8	28,70	71,1
	CONCORDO	6	5	8	9	28	112,0		42,40	
	INDIFERENTE	2	5	2	3	12	36,0		18,10	
	DISCORDO	0	2	1	1	4	8,0		6,06	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	1	0	1	2	2,0		3,03	
AUTOAVALIAÇÃO	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	7	3	8	5	23	115,0	4,3	34,80	98,4
	SATISFATÓRIA	10	11	9	12	42	168,0		63,60	
	SEM OPINIÃO	0	0	0	0	0	0,0		0	
	POUCO SATISFATÓRIA	0	1	0	0	1	2,0		1,52	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0,0		0	

Tabela 4. Berçário

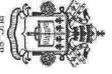
		Série / Número de Alunos					RM	%		
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	Total				
		17	15	17	17	66				
QUALIDADE DA DISCUSSÃO DE CASO	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	5	5	6	8	22	110	4,2	33,33	93,9
	SATISFATÓRIA	10	8	11	9	40	160		60,60	
	SEM OPINIÃO	0	0	0	0	0	0		0	
	POUCO SATISFATÓRIA	2	2	0	0	0	8		6,06	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0		0	
POSSIBILITOU CONHECIMENTOS PRÉVIOS	CONCORDO PLENAMENTE	8	7	10	5	30	150	4,4	45,45	98,48
	CONCORDO PARCIALMENTE	8	8	7	12	35	140		53,03	
	INDIFERENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
	DISCORDO	0	0	0	0	0	0,0		1,51	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
ESTIMULOU A BUSCA DE F. COMPLEMENTARES	CONCORDO PLENAMENTE	8	5	6	5	24	120	4,3	36,36	95,45
	CONCORDO	9	9	10	11	39	156		59,09	
	INDIFERENTE	0	1	1	1	3	9		4,54	
	DISCORDO	0	0	0	0	0	0,0		0	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
ASSISTÊNCIA DOCENTE	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	15	11	9	11	46	230	4,6	69,69	95,44
	SATISFATÓRIA	2	2	8	5	17	68		25,75	
	SEM OPINIÃO	0	1	0	1	2	6		3,03	
	POUCO SATISFATÓRIA	0	1	0	0	1	2		2	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0		0	
CONTRIBUI PARA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	CONCORDO PLENAMENTE	14	9	9	7	39	195	4,5	59,09	93,93
	CONCORDO	3	6	6	8	23	92		34,84	
	INDIFERENTE	0	0	2	2	4	12		21,21	
	DISCORDO	0	0	0	0	0	0		0	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0		0	
APLICAÇÃO MINI- CEX	CONCORDO PLENAMENTE	5	5	4	6	20	100	3,8	30,30	68,17
	CONCORDO	8	4	9	4	25	100		37,87	
	INDIFERENTE	4	3	2	5	14	42		21,21	
	DISCORDO	0	2	1	1	4	8		6,06	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	1	1	1	3	3		4,54	
AUTOAVALIAÇÃO	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	11	5	5	5	26	130	4,3	39,39	98,48
	SATISFATÓRIA	6	9	12	12	39	156		59,09	
	SEM OPINIÃO	0	0	0	0	0	0		0	
	POUCO SATISFATÓRIA	0	1	0	0	1	2		1,51	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0		0	

Tabela 5. Pronto Atendimento

		Série / Número de Alunos						RM	%	
		1ª	2ª	3ª	4ª	Total				
		17	15	17	17	66				
QUALIDADE DA DISCUSSÃO DE CASO	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	5	3	6	6	20	100	4,2	30,30	96,96
	SATISFATÓRIA	11	12	11	10	44	176		66,66	
	SEM OPINIÃO	0	0	0	0	0	0		0	
	POUCO SATISFATÓRIA	1	0	0	1	2	4		3,03	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0		0	
POSSIBILITOU CONHECIMENTOS PRÉVIOS	CONCORDO PLENAMENTE	11	8	7	8	34	170	4,4	51,51	96,96
	CONCORDO PARCIALMENTE	6	7	9	8	30	120		45,45	
	INDIFERENTE	0	0	1	1	2	6		3,03	
	DISCORDO	0	0	0	0	0	0,0		0	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
ESTIMULOU A BUSCA DE F. COMPLEMENTARES	CONCORDO PLENAMENTE	10	5	6	6	27	135	4,3	40,90	93,93
	CONCORDO	5	9	10	11	35	140		53,03	
	INDIFERENTE	1	1	1	0	3	9		4,54	
	DISCORDO	1	0	0	0	1	2		1,51	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
ASSISTÊNCIA DOCENTE	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	12	9	9	11	41	205	4,6	62,12	99,99
	SATISFATÓRIA	5	6	8	6	25	100		37,87	
	SEM OPINIÃO	0	0	0	0	0	0,0		0	
	POUCO SATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0,0		0	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0,0		0	
CONTRIBUI PARA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	CONCORDO PLENAMENTE	8	6	9	4	27	135	4,3	40,90	93,93
	CONCORDO	9	8	6	12	35	140		53,03	
	INDIFERENTE	0	0	0	0	0	0		6,06	
	DISCORDO	0	0	0	0	0	0		0	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0,0		0	
APLICAÇÃO MINI- CEX	CONCORDO PLENAMENTE	8	2	4	2	16	80	3,6	24,24	60,60
	CONCORDO	5	5	9	5	24	96		36,36	
	INDIFERENTE	4	5	2	7	18	54		27,27	
	DISCORDO	0	2	1	2	5	10		7,57	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	1	1	1	3	3		4,54	
AUTOAVALIAÇÃO	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	4	1	5	4	14	70	4,1	34,80	98,4
	SATISFATÓRIA	12	13	12	13	50	200		63,60	
	SEM OPINIÃO	0	1	0	0	1	3		0	
	POUCO SATISFATÓRIA	1	0	0	0	1	2		1,52	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0		0	

Tabela 6. Discussões de Casos e Seminários

		Série / Número de Alunos						RM	%	
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	Total				
		17	15	17	17	66				
QUALIDADE DA DISCUSSÃO DE CASO	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	3	2	7	2	14	70	4	21,20	89,30
	SATISFATÓRIA	13	10	9	13	45	180		68,10	
	SEM OPINIÃO	0	0	1	0	1	3		1,51	
	POUCO SATISFATÓRIA	1	3	0	2	6	12		9,09	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0		0	
POSSIBILITOU CONHECIMENTOS PRÉVIOS	CONCORDO PLENAMENTE	7	6	7	3	23	115	4,3	34,84	98,47
	CONCORDO PARCIALMENTE	10	8	10	14	42	168		63,63	
	INDIFERENTE	0	1	0	0	1	3		1,51	
	DISCORDO	0	0	0	0	0	0		0	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0		0	
ESTIMULOU A BUSCA DE F. COMPLEMENTARES	CONCORDO PLENAMENTE	6	7	9	1	23	115	4,2	34,84	87,87
	CONCORDO	8	8	6	13	35	140		53,03	
	INDIFERENTE	2	0	2	3	7	21		10,60	
	DISCORDO	1	0	0	0	1	2		1,51	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0		0	
ASSISTÊNCIA DOCENTE	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	5	8	11	6	30	150	4,3	45,45	93,93
	SATISFATÓRIA	11	7	4	10	32	128		48,48	
	SEM OPINIÃO	1	0	1	1	3	9		4,54	
	POUCO SATISFATÓRIA	0	0	1	0	1	2		1,51	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0		0	
CONTRIBUI PARA MELHORIA DOS CONHECIMENTOS	CONCORDO PLENAMENTE	10	8	13	10	42	210	4,6	63,63	96,96
	CONCORDO	5	7	3	7	22	88		33,33	
	INDIFERENTE	2	0	1	0	3	9		4,54	
	DISCORDO	0	0	0	0	0	0		0	
	DISCORDO TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0		0	
AUTOAVALIAÇÃO	PLENAMENTE SATISFATÓRIA	4	1	6	3	14	70	4	21,21	90,90
	SATISFATÓRIA	12	11	10	13	46	184		69,69	
	SEM OPINIÃO	1	0	0	0	1	3		1,51	
	POUCO SATISFATÓRIA	0	3	1	1	5	10		7,57	
	INSATISFATÓRIA	0	0	0	0	0	0		0	



Exercício de Mini Avaliação Clínica - GERAL

ESTUDANTE: _____

AVALLADOR: _____

DATA: _____

LOCAL: ENF AMB PS UTI UBS

Situação do paciente ou seu diagnóstico: _____

Idade do Paciente: _____

Gênero: _____

Caso Novo

Retorno

- Complexidade: Baixa

Média

Alta

Foco: História clínica

Exame físico

Manejo do paciente

- Resolução de problemas

Relações interpessoais

Relações interpessoais

1. HISTÓRIA CLÍNICA-ANAMNESE: (não observado)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insatisfatório	Satisfatório	Exemplar	Estudante apresentou-se ao paciente e deixou-o à vontade						
Deu oportunidade ao paciente de elaborar ou apresentar o seu problema de forma integral									
Utilizou habilidades de comunicação (perguntas, escuta ativa, comunicação verbal e não verbal) efetivamente									
Identificou a percepção do paciente sobre seu estado – idéias e diagnóstico do paciente, preocupações e expectativas									
Identificou a percepção do paciente sobre seu estado – idéias e diagnóstico do paciente, preocupações e expectativas									
Identificou o diagnóstico dentro do contexto social, psico-social e físico									

2. EXAME FÍSICO (não observado)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insatisfatório	Satisfatório	Exemplar	Realizou o exame físico e identificou os sinais clínicos corretamente						
Utilizou instrumentos diagnósticos de forma competente									
Lavou as mãos e utilizou medidas de proteção universais									
Demonstrou sensibilidade às necessidades do paciente									

3. MANEJO DO PACIENTE (não observado)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insatisfatório	Satisfatório	Exemplar	Alcançou um entendimento compartilhado com o paciente						
Solicitou investigação complementar e interpretou os resultados apropriadamente									
Negociou um plano terapêutico aceitável com o paciente									
Utilizou terapia medicamentosa de forma racional e custo-efetivo									
Incorporou mudança do estilo de vida no plano terapêutico e fez orientações de promoção à saúde									
Orientou claramente como será o seguimento (retornos, referências)									

4. RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS (não observado)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insatisfatório	Satisfatório	Exemplar	Procurou informação relevante e específica para construção do diagnóstico diferencial						
Gerou hipóteses diagnósticas apropriadas ou identificou o problema									
Procurou por sinais físicos específicos que auxiliam na confirmação ou não da hipótese diagnóstica aventada									
Interpretou e aplicou corretamente as informações obtidas do prontuário do paciente									
Aplicou conhecimento básico, comportamental e das ciências clínicas ao problema do paciente									
Reconheceu e respeitou os limites de sua competência pessoal e profissional									
Demonstrou uma abordagem bem organizada para obter e oferecer informações									

5. RELACIONAMENTO COM PACIENTES (não observado)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Insatisfatório	Satisfatório	Exemplar	Manteve relacionamento amigável, mas profissional						
Utilizou-se da empatia para encorajar o paciente a expressar seus sentimentos e impressões									
Apoiou o paciente no processo de aceitação da sua condição clínica									
Demonstrou preocupação de que a atitude do paciente para com o médico afeta a cooperação entre ambos									

Tempo gasto na avaliação: observando: _____

feedback: _____

Comentários: _____

Estudante: _____

Avaliador: _____

ANEXO B – Aprovação do Projeto de Pesquisa e Emendas



Fundação São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FCMS
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Praça Dr. José Ermírio de Moraes, 290
CEP. 18030-095 – Sorocaba – SP
Fone: (015) 3212-9900
Telefax (015) 3212-9879
Caixa Postal 1570



Hospital Santa Lucinda
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57
CEP – 18030-210 – Sorocaba – SP
Fone/Fax: (015) 3212-9900/9837/9935
Caixa Postal 1570
www.sorocaba.pucsp.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Sorocaba, 11 de maio de 2010.

Ilma. Sra.
Prof^ª Izonete Tereza Palmieri
Pesquisador responsável

Ref: **APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba-PUC/SP informa que **aprovou** em reunião ordinária realizada em **11.05.10**.

Projeto de pesquisa: “**Processo de ensino aprendizagem no Internato de Pediatria: elementos para reflexão**”, “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e o parecer do relator.

Atenciosamente.

Prof. Dr. Fernando Antonio de Almeida
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC/SP

ANEXO C – Registro no SISNEP

 Andamento do projeto - CAAE - 0009.0.154.000-10 

Título do Projeto de Pesquisa
 Processo de ensino aprendizagem no Internato de Pediatria: elementos para reflexão

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	20/04/2010 10:27:27	11/05/2010 15:51:28		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	20/04/2010 10:27:28	Folha de Rosto	0009.0.154.000-10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	06/04/2010 11:09:08	Folha de Rosto	FR329338	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	11/05/2010 15:51:27	Folha de Rosto	574	CEP

 Voltar

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/extrato_projeto.cfm?VCOD=329338&cntLOGINUSUARIO=&rd=329338

ANEXO D- Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____ RG nº _____,
aluno do 5º ano da faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba,
estou sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre avaliação do internato de
Pediatria, que fará parte da dissertação de Mestrado intitulada” Processo de ensino
aprendizagem no internato de Pediatria: elementos para reflexão”.

A minha participação no referido estudo será responder a um questionário sobre
avaliação do internato de Pediatria no 5º ano.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer
outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo. Se eu tiver
dúvidas poderei me comunicar com a pesquisadora: Profª Izonete Tereza Palmieri tel: (15)
32219978 ou (15) 97771022.

Este é um documento em duas vias, uma pertence a você e a outra deve ficar arquivada
com o pesquisador.

Sorocaba, de de 2010

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador responsável