



Organizadores

Marcos Aurélio Maeyama

Alessandro da Silva Scholze

Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira

Pablo Sebastian Velho

EDUCAÇÃO MÉDICA CRÍTICA, REFLEXIVA E DE QUALIDADE: EXPERIÊNCIAS, VIVÊNCIAS E OLHARES

1ª Edição



São José dos Pinhais

BRAZILIAN JOURNALS PUBLICAÇÕES DE PERIÓDICOS E EDITORA

2020



Organizadores
Marcos Aurélio Maeyama
Alessandro da Silva Scholze
Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira
Pablo Sebastian Velho

Educação médica crítica, reflexiva e de
qualidade: experiências, vivências
e olhares

1º Edição

Brazilian Journals Editora
2020

2020 by Brazilian Journals Editora
Copyright © Brazilian Journals Editora
Copyright do Texto © 2020 Os Autores
Copyright da Edição © 2020 Brazilian Journals Editora
Editora Executiva: Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan
Diagramação: Sabrina Binotti
Edição de Arte: Francine Bagnati
Revisão: Amanda Martinez Slomp/Jair Josué Laurentino dos Reis

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial:

Prof^a. Dr^a. Fátima Cibeles Soares - Universidade Federal do Pampa, Brasil.
Prof. Dr. Gilson Silva Filho - Centro Universitário São Camilo, Brasil.
Prof. Msc. Júlio Nonato Silva Nascimento - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil.
Prof^a. Msc. Adriana Karin Goelzer Leining - Universidade Federal do Paraná, Brasil.
Prof. Msc. Ricardo Sérgio da Silva - Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.
Prof. Esp. Haroldo Wilson da Silva - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil.
Prof. Dr. Orlando Silvestre Fragata - Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
Prof. Dr. Orlando Ramos do Nascimento Júnior - Universidade Estadual de Alagoas, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Angela Maria Pires Caniato - Universidade Estadual de Maringá, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Genira Carneiro de Araujo - Universidade do Estado da Bahia, Brasil.
Prof. Dr. José Arilson de Souza - Universidade Federal de Rondônia, Brasil.
Prof^a. Msc. Maria Elena Nascimento de Lima - Universidade do Estado do Pará, Brasil.
Prof. Caio Henrique Ungarato Fiorese - Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Silvana Saionara Gollo - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Mariza Ferreira da Silva - Universidade Federal do Paraná, Brasil.
Prof. Msc. Daniel Molina Botache - Universidad del Tolima, Colômbia.
Prof. Dr. Armando Carlos de Pina Filho - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
Prof. Dr. Hudson do Vale de Oliveira - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima, Brasil.
Prof^a. Msc. Juliana Barbosa de Faria - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.
Prof^a. Esp. Marília Emanuela Ferreira de Jesus - Universidade Federal da Bahia, Brasil.
Prof. Msc. Jadson Justi - Universidade Federal do Amazonas, Brasil.



Ano 2020

Profª. Drª. Alexandra Ferronato Beatrice - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Brasil.

Profª. Msc. Caroline Gomes Mâcedo - Universidade Federal do Pará, Brasil.

Prof. Dr. Dilson Henrique Ramos Evangelista - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Brasil.

Prof. Dr. Edmilson Cesar Bortoletto - Universidade Estadual de Maringá, Brasil.

Prof. Msc. Raphael Magalhães Hoed - Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, Brasil.

Profª. Msc. Eulália Cristina Costa de Carvalho - Universidade Federal do Maranhão, Brasil.

Prof. Msc. Fabiano Roberto Santos de Lima - Centro Universitário Geraldo di Biase, Brasil.

Profª. Drª. Gabrielle de Souza Rocha - Universidade Federal Fluminense, Brasil.

Prof. Dr. Helder Antônio da Silva, Instituto Federal de Educação do Sudeste de Minas Gerais, Brasil.

Profª. Esp. Lida Graciela Valenzuela de Brull - Universidad Nacional de Pilar, Paraguai.

Profª. Drª. Jane Marlei Boeira - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Brasil.

Profª. Drª. Carolina de Castro Nadaf Leal - Universidade Estácio de Sá, Brasil.

Prof. Dr. Carlos Alberto Mendes Moraes - Universidade do Vale do Rio do Sino, Brasil.

Prof. Dr. Richard Silva Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul Rio Grandense, Brasil.

Profª. Drª. Ana Lídia Tonani Tolfo - Centro Universitário de Rio Preto, Brasil.

Prof. Dr. André Luís Ribeiro Lacerda - Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil.

Prof. Dr. Wagner Corsino Enedino - Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil.

Profª. Msc. Scheila Daiana Severo Hollveg - Universidade Franciscana, Brasil.

Comissão Científica para elaboração do e-book

Prof. Msc. Alessandro da Silva Scholze – Universidade do Vale do Itajaí, Brasil.

Profª. Msc. Carolina Marchi Guerra – Universidade do Vale do Itajaí, Brasil.

Profª. Msc. Clarice Aparecida Munaro – Universidade do Vale do Itajaí, Brasil.

Prof. Msc. Júlio César Corazza – Universidade do Vale do Itajaí, Brasil.

Prof. Msc. Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira – Universidade do Vale do Itajaí, Brasil.

Prof. Dr. Marcos Aurélio Maeyama – Universidade do Vale do Itajaí, Brasil.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
M186e	Maeyama, Marcos Aurélio Educação médica crítica, reflexiva e de qualidade: experiências, vivências e olhares / Marcos Aurélio Maeyama. São José dos Pinhais: Editora Brazilian Journals, 2020. 181 p. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui: Bibliografia ISBN: 978-65-86230-18-5 DOI: 10.35587/brj.ed.0000367 1. Saúde coletiva. 2. Educação Médica. I. Maeyama, Marcos Aurélio. II. Scholze, Alessandro da Silva. III. Oliveira, Leonardo Augusto Esteves Lopes. IIII. Velho, Pablo Sebastian. V. Título.

Brazilian Journals Editora
São José dos Pinhais – Paraná – Brasil
www.brazilianjournals.com.br
editora@brazilianjournals.com.br



Ano 2020

APRESENTAÇÃO

O Congresso Catarinense e Paranaense de Educação Médica (CCPEM) é um evento promovido bianualmente pelas escolas médicas dos estados de Santa Catarina e Paraná (componentes da Regional Sul II da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM), e se configura em um espaço privilegiado para que as discussões realizadas nas Instituições de Ensino e no Congresso Brasileiro de Educação Médica realizado anualmente, alcancem docentes, discentes, gestores e preceptores de todo o Brasil.

Historicamente, os temas centrais destes congressos têm sido relacionados à melhoria da educação médica e ao desenvolvimento da saúde em nosso país.

A segunda edição do CCPEM, ocorreu entre os dias 31 de maio e 01 de junho de 2019, sediado na Universidade do Vale do Itajaí, com o tema central “Por uma formação médica crítica e reflexiva: no caminho da qualidade na educação médica”.

O evento foi organizado contando com 4 mesas redondas, 23 oficinas formativas, e apresentação de 56 trabalhos científicos, com participação de gestores, docentes, preceptores e discentes envolvidos na educação médica totalizando 346 inscritos no congresso.

Dada a riqueza gerada pelas diversas discussões ocorridas durante o evento, em reunião ordinária da Regional Sul II da ABEM, realizada ao final do evento, foi proposto a construção de um e-book com as principais temáticas do evento, para que não apenas se registrasse a memória das discussões no âmbito do congresso, mas sobretudo que toda a produção de conhecimento pudesse ser estendida a outros domínios de interesse no desenvolvimento da educação médica.

As diversas discussões envolveram relatos de ensino, extensão e pesquisa que corroboram para a busca de uma educação médica de qualidade, a partir da formação de sujeitos críticos e reflexivos, comprometidos com a saúde da população e dos problemas sociais que interferem nesse processo.

Desejo que a leitura seja repleta de reflexões, e que ela tenha potência de reverberar transformações nas instituições de ensino, nos cenários de prática e nos serviços de saúde, para uma prática médica que atenda as reais necessidades de saúde da nossa população.

Prof. Pablo Sebastian Velho
Coordenador do curso de Medicina da Univali
Presidente do II Congresso Catarinense e Paranaense de Educação Médica

PREFÁCIO

Tamanha riqueza encontrei no Congresso Catarinense e Paranaense de Educação Médica, mais conhecido como CCPEM, que me senti acuado quando fui convidado a escrever o prefácio da publicação de um e-book contendo as principais contribuições do Congresso. Foram selecionados 22 trabalhos que se transformaram em capítulos divididos em três seções.

O desafio já começa pelo título do livro “Educação Médica crítica, reflexiva e de qualidade: experiências, vivências e olhares”. Apontar para a qualidade é essencial nesses tempos de políticas públicas na área da educação superior que visam, entre outras coisas, a expansão de vagas de cursos de Medicina no País. E qualidade exige uma educação crítica e reflexiva. Crítica para se sair de uma visão ingênua da sociedade para uma visão perscrutadora da realidade, para que ao compreendê-la, pela reflexão, possa se propor a sua mudança.

Pensar a educação médica a partir do manifesto desejo pela qualidade, é também pensar a indissociabilidade do ensino, da pesquisa e da extensão. Frente à riqueza e diversidade dos trabalhos agrupá-los foi necessário para se construir um fio de Ariadne que os ligasse. Para agrupá-los sem separá-los se optou por apresentar-se as experiências do ensino..., as vivências da extensão... e os olhares da pesquisa...

Experiências, vivências e olhares compõe uma tríade que qualifica o clássico tripé do ensino, pesquisa e extensão. Olhar de forma curiosa é olhar com olhos de pesquisador, é tentar compreender o universo que se descortina por meio das experiências do processo de ensino e aprendizagem (já chamado de ensinagem) e vivenciar, junto à comunidade interna e externa da instituição de ensino, o processo do viver, compartilhar.

Em Para Começar a Conversa sobre a Educação Médica... Marco Aurélio da Ros nos incita à reflexão sobre a impossibilidade de se pensar a educação médica sem a dimensão da aplicação dos princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos. O autor nos conduz pelos múltiplos cenários nacionais que revelam as desigualdades tanto regionais como de classe social. Somos convidados a trazer para a sala de aula a discussão e a ação em torno da garantia do direito universal à saúde, como conquista política do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Os trabalhos apresentados e transformados em capítulos desse e-book na seção As Experiências do Ensino... contemplam questões como a saúde mental, seja na abordagem dessa grande área durante o internato médico, seja na apresentação e discussão de grupos Balint. As metodologias ativas de ensino-aprendizagem são abordadas, incluindo a Aprendizagem Baseada em Problemas, durante o internato, agora na área de Saúde Coletiva. A ética e a integralidade do cuidado são temas relevantes ainda nessa seção. E, não poderia faltar excelente abordagem do Teste de Progresso.

Em momento da educação médica que se aponta para a obrigatoriedade de curricularização da extensão em pelo menos dez por cento da carga horária total do curso de Medicina, a seção As Vivências da Extensão... aproxima a experiências de educação médica da comunidade interna e externa, com temas como a comunicação em língua franca, capacitação para atendimento ao afogamento, ligas acadêmicas, monitoria, entre outras. A monitoria é abordada na perspectiva do desenvolvimento de competências humanísticas e é apresentado o Projeto Sérgio Arouca, que se propõe a dirigir o olhar dos alunos a municípios com baixos Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com ações pautadas pelo humanismo, solidariedade e desenvolvimento da autonomia dos estudantes.

Na terceira seção chegamos a Os Olhares da Pesquisa... com sete capítulos que trazem a investigação científica em temas relevantes ligados à bioética, currículo oculto, espiritualidade e saúde, iatrogenia e prevenção quaternária em idosos, entre

outros. A questão da saúde mental retorna, agora com a abordagem dos transtornos mentais entre os estudantes. Apresenta-se também a mentoria como alternativa de apoio aos estudantes. Temas tão relevantes recebem a atenção de pesquisadores discentes e docentes. Também estão presentes as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, como instigante objeto de pesquisa.

Percebam que os títulos das seções deste livro são sempre seguidos por reticências (...), o que deixa em aberto questões tratadas, elaboradas, refletidas, porém inacabadas, como deve ser a realidade em constante mutação. Como um jogo entre o velho e o novo, em uma relação dialética de construção social a partir das necessidades das pessoas. Assim, acredito que este e-book, reflexo da riqueza daquele CCPEM de 2019, busca responder às inquietações do presente na educação médica, mas, principalmente, abre as perspectivas em ensino, pesquisa e extensão para novas abordagens e tantos outros CCPEMs... Tantos quantos a vida nos permitir realizar.

Assim, a nossa capacidade crítica e a reflexão é mais do que um presente da natureza. É uma construção social a partir da inquietação do humano e seu desejo por saber, compreender, e...

Modificar a realidade. Esperamos que, sempre, para melhor.

Prof. Ipojucan Calixto Fraiz
Coordenador do curso de Medicina da UFPR
Diretor da Regional ABEM Sul II

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01	1
DIREITOS HUMANOS E EDUCAÇÃO MÉDICA.	
Marco Aurélio Da Ros	
CAPÍTULO 02	10
APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETOS: UMA EXPERIÊNCIA NO INTERNATO DE SAÚDE COLETIVA.	
Ana Beatriz Tramontina Machado Silva	
Ana Letícia de Moraes Zanatta	
Davi Ramos Duarte	
Juliane Stall	
Marcos Aurélio Maeyama	
CAPÍTULO 03	19
ESTÁGIO EM SAÚDE MENTAL NO INTERNATO DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIVERSIDADE POSITIVO DO PARANÁ.	
Carlos Arteaga Rodríguez	
Josiane de Fátima Farias Knaut	
Raquel Tatiane Heep	
Marcia Cibebe Haag	
Marlon Cruz Braga	
Karina Pinheiro da Silva	
CAPÍTULO 04	28
GRUPO BALINT NA FORMAÇÃO ACADÊMICA E NO CUIDADO EM SAÚDE.	
Paula Thais Ávila do Nascimento	
Alberto Severo Garcia-Jr	
CAPÍTULO 05	36
INTEGRALIDADE E DESPRESCRIÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA COM MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO INTERNATO MÉDICO.	
Alessandro da Silva Scholze	
Anna Paula Genoefa Macarini Almeida	
Amanda Elisa Zajankauskas	
CAPÍTULO 06	43
JULGAMENTO ÉTICO SIMULADO COMO FERRAMENTA DE ENSINO DA BIOÉTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	
Carla Ceni	
Sarah Larisse Mantovani Rennó	
Rafaela Chiuco Zeni	
Amanda Wilceki	
Gisele Souza Maldonado	
Eduardo Murilo Novak	
CAPÍTULO 07	49
JÚRI SIMULADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE METODOLOGIAS ATIVAS.	
Mariana Andrea de Moura Henicka	
Gabriela Aparecida Schiefler Gazzoni	
Gustavo Alves Prosdócimo	
Lessandra Marques Colmanetti	
Leandro Tucci Antunes	

Thaís Dutra Bernhardt
Marcos Aurélio Maeyama

CAPÍTULO 08.....57

METODOLOGIA ATIVA: UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA NA EDUCAÇÃO MÉDICA.

Felipe Arão Nunes
Fernanda Koehler dos Santos
Luciana dos Santos Celia Fossari
Mateus Henrique Hornburg de Paula
Raiane Suzana Gaiki

CAPÍTULO 09.....65

TESTE DE PROGRESSO: AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DA EDUCAÇÃO MÉDICA.

Ademir Garcia Reberti
Amanda Alves Santos
Izabella Cristina Cordeiro
Letícia Dall'Agnol
Lívia de Aragon Arias
Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira

CAPÍTULO 10.....75

A IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO DE EXTENSÃO “COMPETÊNCIAS COMUNICATIVAS EM INGLÊS NA ÁREA DA SAÚDE” – RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Luiza Tatiana Forte
Luiz Felipe Thomaz Moreira
Sofia Santos Lima Figueiredo
Amanda Lamóglia Bittencourt
Carolina Rodrigues Laranjeira Vilar
Ingridy de Souza Digner

CAPÍTULO 11.....84

CAPACITAÇÃO PARA ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE AFOGAMENTO: NOVAS ABORDAGENS PARA DESAFIOS ANTIGOS.

João Cláudio Campos Pereira
Juliano Mendes de Souza
Erik Zhu Teng
Evelyn Carolina Suquebski Dib
Luiz Felipe Thomaz Moreira
Sofia Santos Lima Figueiredo

CAPÍTULO 12.....90

A IMPORTÂNCIA DAS LIGAS ACADÊMICAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA: RELATO DE OFICINA.

Amanda Martinez Slomp
Eduarda Tavares Flores
Jair Josué Laurentino dos Reis
Lívia Angélica Gruneke Cesar

CAPÍTULO 13.....98

MONITORIA HUMANÍSTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Carolina Franze Matioda
Caroline Brandão Piai
Isadora Bulati
Maria Augusta Kormann
Renato Soleiman Franco

CAPÍTULO 14.....	106
PROJETO SÉRGIO AROUCA: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMPARTILHADA NO CCPEM.	
Clarice Aparecida Munaro Arthur Saraiva Manfré Júlia de Sá Liston Mariana Andréa de Moura Henicka	
CAPÍTULO 15.....	114
ASPECTOS BIOÉTICOS EM CUIDADOS NO FIM DE VIDA: O QUE OS MÉDICOS SABEM SOBRE O TEMA E QUE SITUAÇÕES GERADORAS DE CONFLITOS BIOÉTICOS VIVENCIAM?	
Rafaela Chiuco Zeni Adriana Rodrigues da Silva Utida Mayara Grittem de Oliveira Isteicy Cortêz Silva Carla Corradi Perini	
CAPÍTULO 16.....	124
BIOÉTICA E EDUCAÇÃO MÉDICA: RELATO DE UM PARALELO ENTRE A ÉTICA NORMATIVA E A BIOÉTICA COTIDIANA.	
Mariana Andréa de Moura Henicka Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima	
CAPÍTULO 17.....	133
CURRÍCULO OCULTO NA EDUCAÇÃO MÉDICA: UM ESTUDO DE CASO DE UM CURSO DE MEDICINA.	
Lucas Viechniewski Vasconcellos Vicente Andreatta Dalcol Carlos Alberto Severo Garcia-Jr Emerson da Silveira Marcos Aurélio Maeyama	
CAPÍTULO 18.....	142
ESPIRITUALIDADE E SAÚDE.	
Amanda Grande Fernanda Koehler dos Santos Jéssica Provim Julia Stahelin Luiz Gustavo Teixeira Pinto Marcos Aurélio Maeyama	
CAPÍTULO 19.....	151
IATROGENIA MÉDICA E PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NO CUIDADO COM IDOSOS.	
Victor Burguetti Rodine Carlos Alberto Severo Garcia-Jr	
CAPÍTULO 20.....	160
PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO BRASIL – UMA BREVE REVISÃO.	
Giovani Tesser Isadora Nichele Savi Leonardo Casanova Garcia	

CAPÍTULO 21.....	166
PROGRAMAS DE MENTORIA EM CURSOS DE MEDICINA – UMA BREVE REVISÃO.	
Bruno Wensing Raimann	
Claudia Sachett Mattanna Azambuja	
Manuela Fernanda Trupel Merico	
Raphael Moura Andrade Michelato	
Ricardo Luiz Berti	
CAPÍTULO 22.....	175
REPERCUSSÕES DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014 NOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DAS NOVAS ESCOLAS MÉDICAS.	
Carolina Machado	
Heloisa Beatriz Machado	
SOBRE OS ORGANIZADORES	184

Para começar a conversa sobre educação médica....

CAPÍTULO 01

DIREITOS HUMANOS E EDUCAÇÃO MÉDICA

Marco Aurélio Da Ros

Doutor em Educação. Professor do curso de medicina e do mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: ros@univali.br

A escrita deste texto originalmente era uma palestra, e foi mantido na forma de uma conversa com as pessoas, sem atenção às regras de publicação de artigos. O motivo é que ele ficará mais fácil de ser entendido.

Embora possamos pensar que um documento pactuado há mais de 70 anos possa não ter mais tanta validade, quisera tivéssemos no mundo, e especialmente no Brasil, pelo menos, grande parte do que foi discutido e subscrito. Estou falando da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), escrita em 1948, após a segunda guerra mundial, depois da ascensão e queda do nazismo/holocausto, onde o mundo acreditou que era possível fazer um consenso mínimo de humanidade. Subscreveram-na os 51 países fundadores da Organização das Nações Unidas (ONU), entre eles, o Brasil. Para preparar esta palestra/debate, fui relê-la e lá dizem coisas que valeu a pena lembrar, como as que vou transcrever um pouco aqui abaixo:

Na introdução da DUDH há um apelo para que todos os países se esforcem, através do ensino e da educação, o respeito a esses direitos e liberdades; diz ainda que considerando a necessidade das pessoas de viver... a salvo do terror e da necessidade, são necessárias várias coisas. E a partir deste ponto, vários artigos em que afirmam que o ser humano tem direito à vida, liberdade e segurança pessoal. Ninguém será escravo, nem existirá tortura (interessante lembrar os porões da ditadura, e dos que os louvam). Não haverá incitação à discriminação; haverá direito à segurança social, a férias periódicas; não haverá discriminação de sexo, raça, cor, idioma, religião, opção política; haverá direito à seguridade social, sanitária e alimentar; direito a instrução gratuita; igual remuneração por igual trabalho, etc... Depois dessa declaração, outras houveram, aprovadas pela ONU recortando problemas para assegurar direitos: declarações contra a discriminação racial, genocídio, direito das mulheres, das crianças, das pessoas com deficiência.

Todas essas declarações dizem respeito a uma concepção de sociedade partilhada por todos países capitalistas do mundo, e não havia entendimento que esses direitos eram “coisa de comunista”, aliás à época, os países ditos comunistas, da União Soviética, se abstiveram de votar.

E o que isso tem a ver com educação médica, e com os tempos que vivemos no Brasil? Tempos de coronavírus, mas também tempo de insegurança social, de não garantias de direitos trabalhistas. Nosso País reentrando no mapa da fome, e com autoridades nacionais apregoando a discriminação sexual e racial, o machismo, a

violência, a tortura sendo louvada, o ódio à opinião política divergente passou a ser a tônica. Tempos de devastação do meio ambiente, de negação à ciência, de esconder dados da ciência para enganar a população, de insegurança sanitária, de congelamento de verbas do SUS e da educação; de desmonte da Atenção Básica, de genocídio, de violência contra os negros, índios, população LGBT.

Acredito que são indissociáveis. Não podemos discutir educação médica sem incluirmos direitos humanos.

O que nós médicos e futuros médicos devemos fazer em relação a isso? Por que discutir isso num congresso de educação médica? Ou quem sabe isso não é problema nosso? Talvez isso só interesse àqueles que defendem a saúde coletiva e o SUS, só àqueles que defendem um sistema universal, equânime e integral, para toda a população brasileira. Aqueles que querem garantia que o sistema vai ter equipamentos públicos para epidemias, que haverá uma porta de entrada pública para todos que estiverem em sofrimento físico, emocional ou social, que as hemodiálises e os tratamentos oncológicos continuarão garantidos, o SAMU e os CAPS, vacinas, medicamentos, a vigilância sanitária e epidemiológica (transparente porque é propriedade do povo brasileiro), e mais a infinidade de outras coisas que o SUS faz. Mas acho que não é só aos engajados na luta pelo SUS que interessa discutir isso.

Lembremos que mais de 40 milhões de brasileiros foram para as filas de banco em plena epidemia para receber 600 reais, que no Rio de Janeiro tem 1,3 milhões de habitações que não têm água encanada. Treze milhões de brasileiros não conseguiram receber esses reais, porque não têm internet. Em que ilha da fantasia vivemos, se isso não nos afetar?

Vocês sabiam que em Santa Catarina – no Sul-maravilha (digo isso para vocês imaginarem como é essa situação no interior da Amazônia, ou no Nordeste) – desde que o governo não renovou o Programa Mais Médicos, mais de 1 milhão de catarinenses ficaram sem nenhum atendimento? E marchávamos para 2 milhões porque os últimos médicos que restavam saíam em 2020. A pressão dos municípios quebrados financeiramente e a pandemia fez reverter esse genocídio e houve recontração de médicos em caráter emergencial por 12 meses no mesmo critério anterior. Um salário inicial de doze mil reais como bolsa (sem desconto de imposto de renda e outros), mais auxílio moradia, alimentação e transporte, para trabalhar 32 horas semanais, garantindo 8 horas para estudo. Poderia ser o início de um plano de carreira, não acham? Mas foi só por 12 meses. E depois? É bom lembrar que o

governo federal em 2017 congelou as verbas do SUS por 20 anos com uma continuidade louvada pelo atual governo, que não quer gastar com políticas públicas, que garantem... vejam só, direitos humanos.

Então, os que se preocupam com que povo irão atender depois de formados, precisam se dar conta que essa não é uma discussão da Saúde Coletiva ou da Medicina de Família e Comunidade. É uma discussão a respeito do futuro do País, da realidade da inserção profissional, e isso interessa à educação médica.

Então... O que fazer?

Estava fazendo um intervalo na escrita deste documento para jantar, e o fiz na frente da TV vendo o canal Globo News no dia 6 de junho. Uma repórter estava acompanhando uma passeata das diversas que estavam acontecendo nos EUA, como protesto pela morte de George Floyd. Uma placa carregada por um manifestante dizia que aquela era uma marcha de protesto pelas vidas perdidas e sonhos saqueados. A situação tem a mesma base do que ocorre no Brasil.

Nós tínhamos... ainda temos... mas TEREMOS um sistema de saúde que dê conta de suspender os sonhos saqueados, que lute contra as vidas perdidas por não se garantir direitos humanos. Mas... ouço dos meus alunos: “quando eu comecei o curso, estava cheio de sonhos de ajudar as pessoas, de praticar uma medicina mais humana, de respeitar o sofrimento alheio... mas ao longo do curso fui perdendo isso” ou no mesmo diapasão para os alunos dos primeiros períodos: “Marcão, eu tenho medo de perder isso que estamos refletindo nas aulas, e me tornar uma insensível como os meus colegas que estão se formando”. O que acontece?! Por que perdem estes sentimentos afetuosos?

O resgate deste SUS sonhado, com correção de muitos pontos que não tínhamos ainda conquistado, não virá caído dos céus (um NASF melhor, cursos de graduação para realidade brasileira, um bom trabalho interdisciplinar, ACS com trabalho comunitário, atenção secundária pública e de qualidade disponível rapidamente quando necessária, atenção hospitalar de ponta, com todos os equipamentos de última geração, atenção universal, gestores comprometidos com o SUS, um controle social eficiente, financiamento adequado, residência para todos, salários justos, apoio psicológico para o nosso sofrimento, e tudo garantido como proposta de Estado, não ao sabor de cada governo que entra). É preciso recuperar o ânimo pela luta. Um pensador italiano dos anos 1930, Gramsci, dizia que quando tudo parece perdido, é necessário colocar-se em trabalho para começar de novo começo.

Parece que estou concluindo a palestra/texto, mas não é assim. Precisamos entender o que se pode fazer, enquanto educação médica, para que esses 6 anos que passamos na universidade possam ser drenados para um trabalho que simultaneamente seja muito científico e competente, mas que nos alegre, que nos dê sentido, e que seja solidário com este povo que necessita de profissionais comprometidos com eles. E que colabore com sua (deles, mas nossa também) luta pelo sonho de conquistar de fato os direitos humanos previstos lá em 1948.

O modelo biomédico, firmado para derrotar o movimento de medicina social europeu, a partir do fim do século 19 vem enraizar-se nos EUA e, a partir da reforma flexneriana, nos primeiros anos do século 20. Daí a expansão dele se consolida no Brasil a partir do golpe militar de 1964. Há um claro alinhamento dos militares do Brasil com os americanos nesta época, e daí, na área da saúde. O que vem é um modelo positivista: sem trabalho multidisciplinar, médico especialista/centrado, ensino centralizado no hospital. Estudam-se partes do corpo separadamente e desumanizadamente, negando o psicológico, o processo de sofrimento (o *illness*), para concentrar-se exclusivamente no que pudesse ser encaixado como doença (*disease*), que consuma os produtos do chamado complexo médico-industrial (exames, medicamentos, hospitais e planos de saúde), e principalmente negando a determinação social e mesmo os chamados determinantes, variáveis explicitadas no conceito de saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Vale a pena nos determos um pouquinho na história e no sentido deste texto/conceito.

Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Depois de mais de 10 anos de luta, os movimentos sociais que constituíram o movimento pela Reforma Sanitária chegam ao pós-ditadura com a possibilidade de interferir agudamente na transformação do modelo, em 1986. Uma das maiores lideranças do movimento, Sérgio Arouca, assume a direção da Fiocruz e coordena a primeira conferência de caráter popular feita no Brasil (era baseada no princípio da democracia participativa de fato), a 8ª CNS. Em seu relatório final desenha um conceito de saúde que se alinha muito à proposta dos direitos humanos, mas vai mais além quando diz que depende em última análise da organização social da produção. Isto é a determinação social. E as 12 variáveis incluídas antes da frase final são hoje

chamadas de determinantes, mas na verdade são aspectos importantes de serem trabalhados, palpáveis, que podem e devem ser trabalhados - mas com o entendimento de que só com um novo arranjo da organização social da produção realmente modificarão a saúde. E isso nos faz pensar que promover saúde é mexer no social. As variáveis biológicas, se alteradas, podem prevenir doenças, mas promoção é autonomia, emancipação, trabalho coletivo, solidariedade, participação, equidade...

A assertiva deste conceito nos remete a integralidade, a boa prática médica, a um outro jeito de entender a semiologia, mas principalmente, nos conduz para pensarmos humanidades. E tudo isso importa para qualquer especialista, do dedo mindinho do pé direito, ao médico de família e comunidade.

Avançamos muito nesses anos na direção de uma estruturação do sistema de saúde. Esbarramos sempre em dificuldades, que nos mantiveram sempre como contra-hegemônicos, embora com os documentos oficiais nos dando razão (Constituição, Lei orgânica, Diretrizes Curriculares Nacionais, Política Nacional de Atenção Básica, Programa Mais Médicos, VERSUS, PRÓ-Saúde, PET-Saúde, residências multiprofissionais, etc). O último avanço - embora tenha levantado muita polêmica - que podemos discutir, foi justamente o Programa Mais Médicos em 2013. No seu bojo foram gerados alguns avanços que foram interrompidos em 2016. Daí para diante toda a dinâmica de construção de um SUS humano, integral, universal, equânime, entrou em desconstrução.

Chegamos então ao nosso congresso, e agora devemos retomar a questão levantada anteriormente. O que fazer?

Sem pretender ter receita pronta, ousar oferecer algumas reflexões e quem sabe, pistas, que queremos colocar em debate, em diversos níveis. O primeiro deles é o nosso curso. Concreto, possível de mudanças.

O caminho, portanto, se estamos tratando de estudantes de medicina, passa entre outros lugares, e principalmente pela Faculdade de medicina. Ou, se estamos num espaço mais amplo, pela universidade, onde ao menos os outros cursos da área da saúde podem ser parceiros.

O curso deve estar voltado, como dizem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), desde 2001 e reprovadas para medicina em 2014, em formar um profissional crítico, reflexivo, humanista e de alta resolutividade. Para isso o modelo de ensino deve se pautar enfaticamente na Atenção Básica (onde se aprende a alta

resolutividade), e a inserção do estudante deve ser precoce na compreensão de como vive e sofre o povo. Deve estimular a crítica, a reflexão e o humanismo em todas as disciplinas, mas deve ter um conteúdo transversal que estimule isso, para além da formação nos aspectos biológicos. Por exemplo uma disciplina de humanidades, que deve funcionar ao mesmo tempo como acolhimento, mas induzindo reflexões sobre valores humanos.

O conteúdo deve passar pela compreensão da DUDH, mas também sobre interdisciplinaridade, relação profissional-paciente, o sofrimento dos estudantes e dos profissionais, discussão das questões das liberdades individuais, de saber conviver com os diferentes, exercer a solidariedade. Conviver com projetos/ou mesmo aulas em que outros cursos participem como protagonistas, mas em que se troquem ideias. Mas existem outras disciplinas que devem assumir o protagonismo também. A semiologia, por exemplo: deve incluir o entendimento da vida do paciente, explorar a história de seu sofrimento (a *illness* inglesa) e entender a pessoa, ao invés de tentar encaixá-la num diagnóstico (a *disease*) e receitar remédios sem olhar nos seus olhos, fazendo perguntas de um roteiro prévio com sins e não, impedindo a pessoa de ser espontânea. A prática hospitalar deve deixar de tratar as pessoas como objetos e explicar o que está sendo feito e porquê. Preservar a humanidade na relação. Entender que o método clínico centrado na pessoa existe para se opor ao centrado na doença e que isso vale para qualquer especialidade escolhida.

Mas nossa vida na faculdade ou universidade transcende a organização do currículo, e olhem que eu nem discuti qual o melhor método pedagógico para ser aplicado! A clareza de objetivo molda um método democrático ou não. O autoritarismo não constrói humanismo. E entramos num segundo nível de possibilidades de atuação.

Temos que pensar em pesquisa, extensão, ligas acadêmicas, ATM, Centros acadêmicos, grupos de trabalho, trabalhos comunitários, práticas de arte. Começar já no primeiro período. Que tipo de pesquisa envolve humanidades? As qualitativas, as de educação médica, as que buscam entender como o impacto da organização social adoece as pessoas. E a extensão? Aquelas que buscam colaborar com as pessoas respeitando o que ELAS acham importante. Invertendo a relação de: “Eu sei – eles não sabem”, para: “Eles sabem – eu quero aprender”. Portanto, estudar educação popular, e aprender pedagogias horizontais. Estudar Paulo Freire. Reduzir a onipotência, e aprender humildade, adquirindo competência cultural para trabalhar

com os outros. O espaço universitário é riquíssimo. Podemos ter um grupo e iniciar um trabalho cooperativo com uma comunidade. Não podemos gerar em nós mesmos medos que nos imobilizam. Como, por exemplo, a ameaça de uma prova fazer parar tudo. Há que lutar para reverter isso. Temos que ter sempre um grupo de apoio dentro da turma no qual se possa desabafar, e ser acolhido.

Há ainda um outro nível, extra-universidade, que envolve espaço para arte como instrumento de criatividade e denúncia, e espaço para a luta política (não estou falando de partidos políticos, embora não os exclua), naqueles espaços onde temos identidade, seja movimento de mulheres, de negritude, de LGBT, indígenas, comunidades, direitos humanos em geral. E isto é tarefa sim da educação médica, seja pelos estudantes, mas também pelos professores. Se não seguramos o leme de um barco para apontar para a direção que queremos, outro segura e leva para uma direção que ele deseja e que pode nos afastar dos direitos que acreditamos importantes. Portanto vamos sair da inércia, para que o leme nos impulsione rumo a uma formação que contemple as necessidades humanas, e os seus direitos.

Isolados, tendemos a ser engolidos pelo pensamento hegemônico, ou que se apresenta como se fosse. Torna-se necessário alimentar o coletivo de pensamento que valoriza os sentimentos, o respeito aos outros, que é solidário, que nos torna mais humanos.

As experiências do ensino...

CAPÍTULO 02

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETOS: UMA EXPERIÊNCIA NO INTERNATO DE SAÚDE COLETIVA

Ana Beatriz Tramontina Machado Silva

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: ana.tramontina@hotmail.com

Ana Letícia de Moraes Zanatta

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: almzanatta@gmail.com

Davi Ramos Duarte

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: davi_rduarte@hotmail.com

Juliane Stall

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: julianestall@hotmail.com

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor em Educação. Professor do curso de medicina e do mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: ros@univali.br

1. INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Atender a tais princípios requer dos profissionais de saúde humanização e sensibilidade. No entanto, os currículos permanecem organizados numa lógica fragmentadora e tecnicista de ensino. Observa-se uma educação reducionista, numa lógica de alunos que recebem informação, memorizam, repetem e se mantêm como expectadores do mundo, alheios aos problemas sanitários e sociais da população (PEREIRA *et al.*, 2017).

Essa lógica de ensino não atende mais ao conceito ampliado de saúde, aos usuários e ao próprio SUS. Necessita-se de profissionais autônomos, críticos e reflexivos, que sejam capazes de responder às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área de saúde apontam para uma formação pautada no desenvolvimento de competências relacionadas à atenção à saúde, gestão da saúde e educação na saúde (BRASIL, 2014), alicerçada na lógica do aprender a aprender (PEREIRA *et al.*, 2017).

Estas recomendações também são partilhadas pela Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (UNESCO), a qual aponta que na atual sociedade tecnológica, para atender as demandas sociais, a educação deve ser estruturada em quatro alicerces: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver e aprender a ser (TOYOHARA *et al.*, 2010).

Neste contexto, a metodologia de Aprendizagem Baseada em Projetos (ABP) se apresenta como uma das alternativas à metodologia tradicional, com prática pedagógica centrada nos estudantes, que são envolvidos em torno de um projeto para atender a uma demanda, atuando de forma prática, desenvolvendo habilidades de trabalho em equipe, argumentação, senso crítico e pesquisa com atividades reais, simulando desafios que lhe serão designados em sua futura profissão. A metodologia quando colocada em prática de maneira eficaz pode ser uma opção para tornar a sala de aula mais produtiva, menos cansativa, mais atraente e desafiadora ao estudante (SANTIN; AHLERT, 2018).

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de utilização da metodologia de Aprendizagem Baseada em Projetos desenvolvida no Internato de Saúde Coletiva (ISC).

2. A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROJETOS

A Aprendizagem Baseada em Projetos é uma metodologia de ensino-aprendizagem que trabalha com questões/problemas do mundo real, colocando os alunos no centro do processo pela busca de soluções (BENDER, 2014). Nesse sentido, os professores atuam como facilitadores e orientadores educacionais para a busca de soluções, e assim, no processo de aprendizagem, superam o viés hegemônico de simples fornecedores de informações (BENDER, 2014).

A ABP pode ser utilizada como metodologia de toda uma disciplina ou mesmo como estratégia metodológica de unidades de aprendizagem (BENDER, 2014).

Algumas condições como trabalho em pequenos grupos, aprendizagem centrada no aluno, objetivos de aprendizagem focadas no desenvolvimento de habilidades, motivação pela atividade e pela aprendizagem, são requisitos importantes para a ABP (BENDER, 2014). Além disso, uma das características da ABP é que no seu desenvolvimento (busca de soluções, planejamento, execução das tarefas, elaboração dos produtos) se exige amplo trabalho cooperativo entre os alunos (BENDER, 2014).

Na ABP, a introdução ao problema do mundo real é realizada por meio de *âncoras*. As *âncoras* podem ser simples narrativas, descrições rápidas, artigos de jornais, vídeos, ou qualquer forma que aproxime o aluno do problema (BENDER, 2014). Um recurso que pode ser utilizado como *âncora* são as *viagens expedicionárias*, que correspondem a visitas aos locais onde está sendo realizado o estudo, o que torna mais real e significativo o problema (BENDER, 2014). O objetivo das *âncoras* é despertar o interesse do aluno, de forma que considere como uma questão significativa, o que implicará em um maior envolvimento na resolução do problema (BENDER, 2014).

A identificação e descrição do problema são as questões principais, que apontarão para a realização da tarefa manifesta para o projeto de ABP, chamada de *questão motriz*, uma vez que ela é que dá sentido e move para a busca de soluções (BENDER, 2014).

Uma vez apresentados a *âncora* e a *questão motriz*, os alunos, de forma cooperativa e participativa, partem para a *realização de tarefas*, que envolvem planejamento e organização, para a busca de soluções. Estas tarefas não são rígidas e variam de acordo com a *questão motriz*, mas podem incluir etapas de *brainstorming* sobre o problema, formas de busca de informações, divisão de responsabilidades,

pesquisa sobre o tema, sintetização dos dados coletados, determinação de informações adicionais e desenvolvimento do produto (BENDER, 2014). Assim, temos um projeto determinado.

Esses produtos, dentro do rol de nomenclaturas da ABP, são chamados de *artefato*. Assim, os *artefatos* representam as possíveis soluções, e podem ser apresentados de diversas maneiras, como relatórios, vídeos digitais, portfólios, *podcasts*, *websites*, poemas, música ou cantos que ilustrem o conteúdo, artigos para jornais, ou recomendações/diretrizes para ações, entre outras que possam ter aplicabilidade no mundo real (BENDER, 2014).

Como mediador do processo, o professor pode orientar tarefas de pesquisa para a busca de informações, de forma a responder questões específicas sobre o problema, a partir de links previamente identificados, procedimento chamado de *webquest* na ABP (BENDER, 2014). Além da busca, baseada na internet, a pesquisa pode ser realizada utilizando as bibliotecas tradicionais, textos disponibilizados, ou centros de mídia, para aprofundamento das informações relacionadas às questões do projeto (BENDER, 2014). Esse conjunto de *informações devem estar acessíveis*, para que o aluno tenha condições de buscar as soluções (BENDER, 2014).

Já na fase final da elaboração de soluções, os grupos se reúnem para examinar o progresso de cada *artefato* e determinar o cumprimento das tarefas, as possíveis faltas, e questões adicionais que podem qualificar o projeto como um todo (BENDER, 2014).

Uma estratégia de aprendizagem colaborativa utilizada pela ABP é o *think-pair-share*. A partir da apresentação do problema, o aluno é estimulado a pensar de forma individual sobre as possíveis soluções do problema, que posteriormente é compartilhada com seu grupo de trabalho. Esse primeiro compartilhamento proporciona um processo de reflexão sobre suas ideias e dos outros, com desenvolvimento de novos significados e, conseqüentemente, soluções. Na última etapa, em um estágio mais avançado, ocorre o compartilhamento com outros grupos, que tem função semelhante quanto à reflexão e ressignificação das possíveis soluções (BENDER, 2014).

Nesse processo de construção, a estratégia do *feedback avaliativo formativo*, que ocorre durante todas as etapas de desenvolvimento do projeto, tem papel crucial na estruturação e reorientação dos trabalhos, quando necessário (BENDER, 2014).

Além do *feedback* do professor, a avaliação poderá vir ao final de fora da disciplina, como por exemplo da instituição ou setor que recebeu os *artefatos* (BENDER, 2014).

Assim, a ABP proporciona muitas oportunidades de trabalho colaborativo. Mesmo existindo momentos de trabalho independente, ele está conectado com a resolução cooperativa do problema, desenvolvendo assim habilidades para o trabalho individual e coletivo (BENDER, 2014).

3. A EXPERIÊNCIA DO INTERNATO DE SAÚDE COLETIVA COM ABP

O Internato de Saúde Coletiva é composto por três blocos temáticos (Vigilância em Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde) desenvolvidos em estreita relação com os serviços municipais de saúde.

Dentro do bloco de gestão em saúde, um dos conteúdos práticos previstos é do de regulação assistencial. O objetivo desta atividade é de conhecer a função do setor de regulação; reconhecer a importância de uma prática clínica resolutive por parte dos médicos generalistas; e identificar possíveis problemas quanto a encaminhamentos desnecessários e tempo de espera excessivo para consultas na atenção especializada.

Dentro da estratégia de ABP, uma breve contextualização realizada pelo professor foi utilizada como *âncora*, com descrição quanto ao tempo de espera para algumas especialidades no município e no estado, que chega a ser superior a um ano para os casos eletivos. Além disso, outra *âncora* utilizada para sensibilizar os alunos foi a própria *viagem expedicionária*, realizada no setor de regulação, na qual os acadêmicos puderam identificar, de forma geral, a forma como são realizados os encaminhamentos com suas motivações, além dos desdobramentos do pedido quanto a devolução, solicitação de maiores informações ou marcação da consulta para atenção especializada.

Essa vivência proporcionou evidenciar um número excessivo de encaminhamentos para especialidades médicas, muitas deles com possibilidade de resolução na Atenção Básica, o que estaria gerando um tempo de espera excessivo para o acesso ao especialista, o que acabou se tornando a *questão motriz* do projeto.

Uma das especialidades identificadas como prioritária pelo grupo de acadêmicos, e em concordância do setor de regulação municipal, foi a Reumatologia. Assim, o grupo, composto por 12 alunos, elegeu a especialidade para desenvolvimento do projeto e possíveis soluções para o problema.

A partir da definição do objeto do projeto se iniciou um processo de planejamento para a *realização de algumas tarefas*: discussão com os profissionais da atenção especializada sobre o problema de excesso de encaminhamentos; diagnóstico da situação; reflexão sobre possíveis soluções. O desdobramento desta primeira etapa apresentou o diagnóstico de que algumas condições clínicas, como osteoartrite, osteoporose, bursites, fibromialgia, gota e tendinopatias, geram em algumas situações encaminhamentos com possibilidade de manejo na Atenção Básica. Assim, ficou definido que o projeto teria, como *artefatos*, a construção de seis protocolos clínicos e seis protocolos de acesso para profissionais da Atenção Básica, referente às situações clínicas elencadas.

Com a definição dos artefatos, outras *tarefas a serem cumpridas* foram planejadas, ficando, para cada uma das seis duplas, um tema para desenvolvimento do protocolo clínico e protocolo de acesso de uma patologia específica.

O professor, como mediador, orientou a busca de pesquisa para responder questões específicas (*webquests*) – quanto à epidemiologia da doença, fisiopatologia, investigação clínica e diagnóstica, manejo e tratamento na Atenção Básica e encaminhamento para a Atenção Especializada – apresentando a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (acesso livre à Medline e Lilacs, entre outros) e da plataforma Cochrane (portal de evidências confiáveis em saúde). Além disso, foi estimulada a busca por obras específicas contidas na Biblioteca física da instituição, contemplando assim o *acesso ao conjunto de informações necessárias* que poderiam colaborar com a elaboração de soluções.

A estratégia do *think-pair-share* também foi utilizada de forma adaptada, na qual houve interação e compartilhamento da dupla na construção de cada protocolo. Houve também um momento de compartilhamento com apresentação de todos os protocolos construídos, no qual cada dupla pôde olhar para o seu trabalho a partir do desenvolvimento das outras duplas, ainda que em temáticas diferentes, possibilitando o aprimoramento e lapidação final do *artefato* sob suas responsabilidades.

Outra questão estratégica importante foi a utilização de *feedback formativo* durante o processo. À medida em que os projetos avançavam, cada dupla participava de reuniões com o professor orientador – que recebia previamente o material até então produzido – na qual recebiam devolutivas quanto ao desenvolvimento dos artefatos. Como última etapa, os alunos também receberam *feedback* dos profissionais da

regulação e do especialista, ainda com a possibilidade de ajustes na versão final dos *artefatos*.

4. CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA

A experiência no desenvolvimento da atividade de ABP na disciplina foi considerada extremamente positiva por professores e alunos. A ida a campo (*viagem expedicionária*), na central de regulação do município, proporcionou visão crítica sobre a importância da formação de um profissional generalista com boa capacidade resolutive – capaz de resolver os problemas mais prevalentes de sua comunidade, conforme recomendam as DCN (BRASIL, 2014) e a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) – uma vez que ficou evidenciado a quantidade excessiva de encaminhamentos desnecessários e filas em diversas especialidades.

No desenvolvimento do projeto, os processos de construção dos *artefatos* previstos – a busca por evidências a partir da seleção de tipos de estudos e documentos; acesso a portal de revisões sistemáticas e metanálises; sistematização das informações e dados obtidos na pesquisa para estruturação dos protocolos – oportunizam o desenvolvimento do aprender a aprender. No mundo contemporâneo, tal habilidade ganha importância, visto que com o advento da internet e das tecnologias de informação e comunicação, o conhecimento é cada vez mais efêmero, e os profissionais que não desenvolverem o aprender a aprender correm o risco de ficarem obsoletos.

Assim, o uso da tecnologia digital é um grande aliado, mas é importante destacar que o seu simples uso para pesquisa não torna a metodologia inovadora ou ativa. O uso da tecnologia digital na ABP, como ferramenta de pesquisa e apropriação do conhecimento para desenvolvimento de produtos, torna o aluno o construtor do próprio conhecimento (SILVA; CASTRO; SALES, 2018). As práticas de pesquisa utilizadas para desenvolver projetos científicos e tecnológicos apresentam grande potencial na construção da autonomia dos alunos, principalmente quando ligados a busca confiável de informações, planejamento adequado, divisão de tarefas, e conhecimento do conteúdo com um todo para decisão do que deve ser utilizado no projeto, o que torna a ABP extremamente adequada para o desenvolvimento da habilidade de aprender a aprender (OLIVEIRA, MATTAR, 2018).

Além disso, a realização de atividades integradas ao mundo do trabalho, recomendadas nas DCN (BRASIL, 2014), principalmente a partir do desenvolvimento

de projetos, permite ao aluno um distanciamento da rotina acadêmica tradicional do “estudar para passar” e o aproxima do futuro “ser profissional”, o que torna a atividade mais envolvente, principalmente quanto à colaboração nas soluções de problemas dos serviços, pelo sentimento de ser útil e realizar uma atividade importante.

Outro destaque identificado no desenvolvimento da ABP é quanto ao trabalho em equipe. As dinâmicas e o planejamento das etapas obrigatoriamente convergem para a necessidade de trabalho colaborativo, uma vez que a construção de protocolos exige trabalho em equipe do grupo para coerência na estrutura do documento, e com outros grupos que desenvolvem outros protocolos, para haver conformidade entre eles. Ainda que o trabalho em equipe seja imperativo no cotidiano profissional da área da saúde, a formação acadêmica quase sempre é realizada em situações que envolvem o fazer individual. Assim, a ABP contribui para a formação de perfis profissionais mais alinhados com a realidade do mundo do trabalho (BRASIL, 2014).

Outro benefício observado diz respeito à integração da saúde coletiva com conhecimentos de outras áreas como a clínica médica e a fisiologia, necessária na construção dos protocolos, atendendo as recomendações de integração de conhecimentos previstas nas DCN (BRASIL, 2014).

E por fim, a atividade desenvolvida, articulada a projetos que colaborem com os serviços de saúde, rompe com a lógica de “cenário de prática” para uma proposta de espaço colaborativo, tornando mais lógica e natural a integração ensino-serviço.

Assim, a ABP pode ser considerada uma estratégia de ensino-aprendizagem bastante adequada para a educação médica, uma vez que permite o desenvolvimento de competências desejadas para a formação do profissional médico.

REFERÊNCIAS

BENDER, W. N. **Aprendizagem baseada em projetos**: educação diferenciada para o século XXI. Tradução: Fernando de Siqueira Rodrigues; revisão técnica: Maria da Graça Souza Horn. Porto Alegre: Penso, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n. 3**, de 20 de junho de 2014 – Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.436**, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

OLIVEIRA, N. A.; MATTAR, J. Folhetim Lorenianas: Aprendizagem baseada em Projetos, Pesquisa e Inovação responsáveis na educação. **Revista e-Curriculum**, v.16, n. 2, p.341-363, 2018.

PEREIRA, S. *et al.* The experience of using project-based learning as an active methodology in the educational program through work for health in professional practice training. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 12, n. 4, p. 881-898, 2017.

SANTIN, G. C.; AHLERT, E. M. Aplicação da metodologia de aprendizagem baseada em projetos em curso de educação profissional. **Artigo** (Especialização). Curso de Docência na Educação Profissional. Universidade do Vale do Taquari - Univates, 2018.

SILVA, D. O.; CASTRO, J. B.; SALES, G. L. Aprendizagem Baseada em Projetos: contribuições das tecnologias digitais. **Revista de Educação Ciência e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 1-17, 2018.

TOYOHARA, D. Q. K. *et al.* Aprendizagem Baseada em Projetos – uma nova Estratégia de Ensino para o Desenvolvimento de Projetos. In: **PBL Congresso Internacional, 2010**, São Paulo. São Paulo: CEETEPS – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, 2010. p. 1-11.

CAPÍTULO 03

ESTÁGIO EM SAÚDE MENTAL NO INTERNATO DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIVERSIDADE POSITIVO DO PARANÁ

Carlos Arteaga Rodríguez

Mestre em Educação. Professor do Curso de Medicina da Universidade Positivo de Curitiba/Paraná.

E-mail: carlos.rodriguez@up.edu.br

Josiane de Fátima Farias Knaut

Mestre em Psicologia da Infância e Adolescência. Professora dos Cursos de Psicologia e Medicina da Universidade Positivo de Curitiba/Paraná.

E-mail: Josiane.knaut@up.edu.br

Raquel Tatiane Heep

Mestre em Educação nas Ciências da Saúde. Professora do Curso de Medicina da Universidade Positivo de Curitiba/Paraná.

E-mail: raquel.heep@up.edu.br

Marcia Cibeles Haag

Médica Psiquiatra. Preceptora do Programa de Saúde Mental do Curso de Medicina da Universidade Positivo de Curitiba/Paraná.

E-mail: marcia.haag@gmail.com

Marlon Cruz Braga

Médico Psiquiatra. Preceptor do Programa de Saúde Mental do Curso de Medicina da Universidade Positivo de Curitiba/Paraná.

E-mail: dr.marlonbraga@gmail.com

Karina Pinheiro da Silva

Mestre em Análise do Comportamento. Supervisora do Centro de Psicologia da Universidade Positivo de Curitiba/Paraná.

E-mail: Karina.silva@up.edu.br

1. INTRODUÇÃO

O Internato é um momento crucial na formação médica, pois é quando os discentes conseguem exercer o treinamento em serviço e deixam de ser somente estudantes para assumir, ao mesmo tempo, responsabilidades profissionais. Ainda, promove o aperfeiçoamento assistencial e possibilita uma prática supervisionada em equipe (FERRI; DA SILVEIRA, 2015; PAULIN *et al.*, 2020). As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina de 2014 incluem a Saúde Mental (SM) como uma das áreas mandatórias do internato (BRASIL, 2014).

No âmbito acadêmico discute-se as definições de SM e Psiquiatria, se são sinônimos ou se são conceitos e práticas complementares. Professores da Universidade Estadual de Campinas entendem a Psiquiatria/SM como uma das grandes áreas da medicina e não apenas como uma de suas especialidades (CELERI *et al.*, 2015). Tem-se sugerido separar os termos, referindo-se à psiquiatria como o núcleo de saber que reconhece e trata dos transtornos mentais, enquanto a SM se refere à ausência desses transtornos e à possibilidade de um equilíbrio e de um enfrentamento de novas situações, estando mais voltada na prevenção e promoção da saúde (CAVALCANTI; GOMES; AZEVEDO, 2020).

Nossa equipe considera a SM como uma disciplina com objetivos assistenciais e formativos, ambos integrados e interdisciplinares, sem nenhum ser um subproduto do outro. O objetivo assistencial procura o bem-estar biopsicossocial-espiritual e a saúde do indivíduo, da família e da comunidade, tanto nas ações preventivas, quanto as de promoção e curativas. O objetivo formativo é que os discentes, durante o processo de ensino em serviço com os pacientes e familiares, aprendam os principais transtornos mentais (TM) da criança, do adulto e do idoso. Ademais de aprender a origem dos transtornos mentais, a influência do meio na gênese e as medidas de prevenção e promoção dos mesmos.

A SM na UP-PR está integrada por várias especialidades (psiquiatria, psicologia, clínica médica e neurologia) que consideram o ser humano na sua totalidade biológica-psicológica-social e espiritual. A equipe se propõe superar os estigmas enraizados acerca dos pacientes com TM. FEIJÓ *et al.*, 2019, na sua pesquisa concluem que o estágio em psiquiatria durante o internato, além do aprendizado técnico, tem a capacidade de diminuir os estigmas em relação aos pacientes psiquiátricos. Outros pesquisadores reportam melhora significativa em

relação ao estigma e à discriminação em relação a psiquiatria e a SM, após um internato de oito semanas (SHEN *et al.*, 2014).

Para garantir o processo elaborou-se um programa que integra formação com a assistência médica dos principais problemas de SM da criança, do adulto e do idoso. Procurando-se proporcionar as condições nos diferentes cenários de atuação (ambulatorial e hospitalar), para que os alunos adquiram os saberes, atitudes, habilidades e competências para que no futuro, como médicos, possam cuidar dos principais problemas da SM, com uma visão preventiva-curativa e promotora de saúde integral.

O estágio recebe 10-15 discentes do 6º ano do Curso de Medicina, com duração de 4-5 semanas com um enfoque de treinamento em serviço sob a orientação e supervisão dos professores/preceptores especialistas em psiquiatria do adulto e infantil, psicologia, clínica médica e neurologia da UP-PR. A seguir, apresentamos os locais e as atividades docentes/assistências desenvolvidas no período acadêmico dos anos 2018 e 2019.

2. EXPERIÊNCIA DO INTERNATO DE SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE PSICOLOGIA

A retomada do modelo biopsicossocial em detrimento do modelo biomédico tem ganhado força a partir das contribuições de diversos saberes, principalmente a partir do século XX. As influências no plano curricular e nas práticas em saúde refletem mudanças e movimentos que tentam incorporar esses aspectos. O atual interesse pela humanização pode ser incluído nessa trajetória, pois tenta agregar os aspectos psicossociais ao modelo biomédico (MARCO, 2006). Neste sentido, vale destacar ações que buscam uma ação integrada de professores e alunos de diferentes especialidades sob a forma de participação conjunta nos atendimentos aos pacientes, nas aulas e em reuniões de discussão de casos clínicos.

Um exemplo da integração de diferentes especialidades é o Serviço de SM do Centro de Psicologia da Universidade Positivo (CP-UP) do Paraná, iniciado em 2018. As principais atividades desenvolvidas nesse serviço são os atendimentos clínicos psicológicos e psiquiátricos, realizados por alunos dos cursos de psicologia e medicina supervisionados por seus professores/preceptores, bem como reuniões clínicas para estudo e acompanhamento de casos.

O encaminhamento de pacientes para atendimento psicológico individual, em grupo ou psiquiátrico ocorre após triagens de pacientes que procuram pelo Centro de Psicologia da UP, sendo que os casos de maior complexidade são selecionados para discussão nas reuniões interdisciplinares. Nas reuniões, os alunos dos cursos de psicologia e medicina apresentam os casos para discussão interdisciplinar com psicólogo, psiquiatra, clínico e neurologista, exercitando o raciocínio clínico e sugerindo condutas terapêuticas a nível psicológico, farmacológico, escolar e social. As reuniões ocorrem no Centro de Psicologia da Universidade Positivo com periodicidade semanal e duração de aproximadamente 2 horas.

Durante o período de fevereiro de 2018 a dezembro de 2019 foram realizados 1397 atendimentos a pacientes com transtornos mentais e 34 reuniões interdisciplinares. Ao realizar o comparativo da quantidade de atendimentos realizados nos anos de 2018 e 2019, nota-se um crescimento de 39 %. Os transtornos mais prevalentes foram os transtornos depressivos seguidos dos de ansiedade.

Acredita-se que as reuniões interdisciplinares propiciaram a integração de diferentes saberes e auxiliaram no desenvolvimento das habilidades clínicas dos alunos de psicologia e psiquiatria ao conduzir os atendimentos clínicos, sob supervisão do professor/preceptor, bem como na sensibilização sobre os fenômenos da vida mental, emocional e da dimensão social presentes nas mais diversas situações de vida do paciente. Além disso, acredita-se que os alunos de ambos os cursos desenvolveram habilidades de comunicação com os colegas de profissão da própria área e de áreas afins, e desmistificaram estigmas historicamente enraizados no que se refere ao atendimento dos pacientes com transtornos mentais.

A experiência do estágio no Serviço de Saúde Mental do CP-UP considera que o trabalho interdisciplinar favorece o desenvolvimento de habilidades profissionais em discentes, a integração entre docentes de diferentes áreas do conhecimento, bem como contribui para melhorias no atendimento social de pacientes que procuraram pelos serviços.

3. AMBULATÓRIO DE TRANSTORNOS COGNITIVOS NO IDOSO

Entre as linhas de cuidado para a Atenção Integral da Saúde da Pessoa Idosa no Brasil recomenda-se identificar sinais de alerta, entre os quais estão as alterações cognitivas, que devem ser investigadas, prevenidas e acompanhadas longitudinalmente (BRASIL, 2018). Este dado nos faz refletir sobre a necessidade de

identificar os transtornos cognitivos do idoso: comprometimento cognitivo leve, com taxa entre 21,5-71,3 por 1000 pessoa-ano em idoso e as demências, com prevalência entre 1-2 % ao ano (ESHKOOR *et al.*, 2015).

Na primeira semana do estágio, é explicado o funcionamento do ambulatório e realizada uma aula introdutória. Na aula, são abordadas as funções cognitivas, as manifestações, os critérios diagnósticos e tratamento da síndrome de comprometimento cognitivo leve e síndrome demencial (PETERSEN *et al.*, 2014; BC, 2016). Destaca-se as medidas de prevenção/promoção de saúde para preservar e/ou aumentar a reserva cognitiva e prevenir/postergar o início e progressão das demências. Nas semanas seguintes, nas sextas-feiras pela manhã, com duração de uma hora, são realizados seminários e discussões clínicas das quatro principais causas de demência (Demência de Alzheimer, Demência Vascular, Demência de Corpus de Lewy e Demência Frontotemporal) e das testagens mais utilizadas para avaliar as funções cognitivas e de humor no idoso, estimulando-se a revisão de artigos atualizados e embasados em evidências. Insiste-se na importância do controle dos fatores de risco modificáveis como medida preventiva para todas as demências, em particular a demência vascular, considerada como a única prevenível. Os discentes estudam e praticam o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Teste de Desenho do Relógio (TDR), Escala de Lawton, Índice de Katz e Escala Geriátrica de Depressão do Idoso (GDS-15). Essas escalas servem para avaliar a função cognitiva global (MEEM ou MoCA), função visuo-espacial e executiva (TDR), atividades instrumentais da vida diária (Lawton), atividades básicas da vida diária (Katz) e depressão (GDS-15).

Nas tardes de sexta os doutorandos são divididos em dois grupos, que fazem acompanhamento no ambulatório de transtornos cognitivos da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Um doutorando se integra com um residente de 3º ano de psiquiatria no atendimento, sendo atendido um paciente por hora e por dupla. Após confeccionado o prontuário, os casos são discutidos na equipe para definir os diagnósticos e condutas. As dúvidas da entrevista ou exame físico são esclarecidas junto ao paciente e familiares, sob supervisão do professor. No final do ambulatório, doutorandos, residentes e professor se reúnem para fazerem uma discussão com toda a equipe, com o objetivo de compartilhar os conhecimentos dos pacientes atendidos, para esclarecimentos de dúvidas e orientações de atualização diagnósticas e terapêuticas.

Na integração das atividades teóricas e práticas a pretensão é procurar um conhecimento geral, abrangente e resolutivo. Desta maneira, o recém egresso pode contribuir na prevenção e cuidados da SM do idoso, promovendo um envelhecimento ativo, saudável e sustentável. Outra abordagem, oriunda da observação prática, é a de estimular os cuidados do cérebro desde a gravidez, nascimento, alimentação, estudo, trabalho, participação social e prática esportiva para preservar e fortalecer, desde cedo, as capacidades cognitivas.

4. AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA ADULTO, ADOLESCENTE E INFANTIL

O CP-UP oferece à comunidade atendimentos de psicoterapia individual e/ou em grupo. Com integração da SM no internato e percebendo as demandas de atendimento psiquiátrico advindas da comunidade e do próprio CP, optamos por oferecer consultas em psiquiatria para adultos, crianças e adolescentes. Os pacientes são previamente triados pela equipe de psicologia e os casos mais complexos, com necessidade de atendimento pela equipe da psiquiatria, são encaminhados para o atendimento psiquiátrico.

Os atendimentos têm duração média de 60 minutos, são conduzidos pelos internos com supervisão direta de um professor/preceptor psiquiatra, e ocorrem no modelo de sala em espelho, após consentimento do paciente/familiar. Após anamnese já direcionada à SM a equipe discute o caso. São analisados aspectos orgânicos, socioculturais, psicopatologia e diagnósticos prováveis dentro do contexto clínico (APA, 2014). Em seguida, estimula-se o interno a escolher um tratamento, e justificá-lo, fazendo assim o ciclo completo: avaliação clínica (anamnese e exame de estado mental) – diagnóstico – tratamento. Todos os estudantes (mesmo os observadores da sala em espelho) têm a oportunidade de opinar, levantar questões e discutir sobre o caso. Quando necessário, os retornos são pré-agendados conforme necessidade do caso. Os TM mais prevalentes são, até o presente momento, os transtornos de ansiedade e depressão, seguindo o perfil epidemiológico mundial (WHO, 2017).

Com esse atendimento humanizado e individualizado percebe-se a melhora clínica dos pacientes e satisfação familiar. A associação com psicoterapia também traz grande diferencial em relação a psicofármacos usados isoladamente. A satisfação dos internos também é percebida e relatada, posto que vinham de uma formação, ao longo do ciclo básico, deficitária na área de SM.

As avaliações são feitas por média de uma avaliação pré-estágio, uma avaliação pós-estágio, uma avaliação de habilidades e competências e o exame clínico objetivo estruturado por estações (OSCE, do inglês: *objective and structured clinical examination*). Os resultados finais das avaliações mostram evolução no aprendizado técnico, desenvolvimento de habilidades e competências profissionais e humanas, e resultado de OSCE com ótima distribuição normal na curva de Gauss. Porém, o resultado mais evidente do sucesso da experiência é o grande número de estudantes que, ao final do estágio, optavam pela especialidade em psiquiatria, mudando seus pré-conceitos e percepções sobre essa área tão importante na saúde como um todo. A partir de 2021, visto o sucesso e necessidade do estágio, a coordenação da UP tornará o internato em saúde mental igualitário em carga horária às demais grandes áreas.

5. ATENDIMENTOS HOSPITALARES

Levar os estudantes de Medicina à aprendizagem de conceitos práticos de psicopatologia dos TM exige que as atividades sejam realizadas em ambiente de atendimento ao paciente logo após eventos de natureza emergencial. Desde o início do século, com a mudança radical da abordagem ao tratamento dos TM, novos ambientes terapêuticos se tornaram responsáveis pelos atendimentos dos pacientes após uma emergência, como o próprio Hospital Psiquiátrico, o Centro de Atenção Psicossocial de atendimento 24 horas (CAPS III), o Hospital-Dia (ambiente não mais existente no SUS), e a enfermaria especializada em Hospitais gerais.

A UP-PR escolheu o Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro (HEPBR), em Curitiba, como o ambiente para a aprendizagem da psicopatologia dos TM. Esta escolha por um ambiente especializado em atendimento psiquiátrico ocorreu não só pela oportunidade de parceria entre as instituições, para que outros cursos da área de saúde pudessem realizar suas atividades práticas em uma instituição com atendimento ao SUS; mas também pela ausência de interesse político ao longo dos últimos anos na implementação de enfermarias psiquiátricas em Hospitais Gerais.

Durante a atividade buscamos o desenvolvimento de competências clínicas, tais como entrevista psiquiátrica, relação médico-paciente, registro do exame do estado mental, reconhecimento de psicopatologia, história natural dos transtornos mentais, prescrição racional de psicofármacos, reconhecimento de efeitos colaterais de psicofármacos, impacto do transtorno mental na família, atendimento de familiares,

busca de diagnóstico diferencial, psicoeducação de pacientes sobre seu transtorno e tratamentos, e relacionamento interdisciplinar.

Para a prática da atividade de atendimento escolhemos inicialmente a enfermaria masculina (2018) e depois a enfermaria feminina (2019) do HEPBR, com um modelo de acompanhamento de caso ao longo do período do estágio, com consultas conjuntas onde o psiquiatra preceptor estaria sempre presente para assegurar a longitudinalidade e a continuidade do vínculo médico-paciente, além de fornecer a oportunidade de discussão do caso logo após o atendimento e a tomada de decisão terapêutica conjunta.

6. REFLEXÃO SOBRE A EXPERIÊNCIA

A experiência tem-se mostrado positiva pelo seu valor formativo e assistencial. Existe integração docente/assistencial entre a Universidade, SUS e Instituição Filantrópica. A formação no trabalho ambulatorial e hospitalar foi satisfatória para formandos e pacientes.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**. 5ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, Sec. 1, p. 8-11, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde-SUS**. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRITISH COLUMBIA (BC). Ministry Of Health. BC Guideliness. CA. Cognitive Impairment: Recognition, Diagnosis and Management in Primary Care. **Guidelines & Protocols Advisory Committee**. 2014 [revisado 2016]. British Columbia, 2016.

CAVALCANTI, M. T.; GOMES, M. K.; AZEVEDO, L. M. S. Internato de Saúde Mental para alunos de Medicina: qual o melhor cenário de formação? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190159, 2020.

CELERI, E. H. R. V. *et al.* Ensino de Psiquiatria/Saúde Mental pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica. v. 11. Rio de Janeiro: ABEM, 2015. p. 48-53. ESHKOOR, S. A. *et al.* Mild cognitive impairment and its management in older people. **Clinical Interventions in Aging**, v. 10, p. 687-693, 2015.

FEIJÓ, L. P. *et al.* Diminuição do Estigma sobre Transtorno Mental após Internato em Psiquiatria do Curso de Medicina de Duas Instituições em Fortaleza (CE). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 141-150, 2019.

FERRI, P. A.; DA SILVEIRA, G. R. Formação Situada ou Situações do Formar: Internato Médico em Questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 252-260, 2015.

MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, p. 60-72, 2006.

PAULIN, L. F. *et al.* Construindo o Internato de Saúde Mental: a Experiência da Universidade São Francisco. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, e005, 2020.

PETERSEN, R. C. *et al.* Mild cognitive impairment: a concept in evolution. **Journal International Medicine**, v. 275, n. 3, p. 214-228, 2014.

SHEN, Y. *et al.* What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors? effect of clerkship training on chinese students'attitudes. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 47, n. 3, p. 241-254, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**, Geneva: World Health Organization, 2017.

CAPÍTULO 04

GRUPO BALINT NA FORMAÇÃO ACADÊMICA E NO CUIDADO EM SAÚDE

Paula Thais Ávila do Nascimento

Médica especialista em Medicina de Família e Comunidade. Docente do curso de Medicina Universidade Federal de Santa Catarina/Campus Araranguá.

E-mail: paula.avila.nascimento@ufsc.br

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr

Pós-Doutor em Saúde Coletiva. Docente do curso de Medicina Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Campus Araranguá.

E-mail: carlos.garcia.junior@ufsc.br

1. INTRODUÇÃO

O médico e psicanalista húngaro Michael Balint, analisante de um dos discípulos e colaboradores diretos de Sigmund Freud, Sandór Ferenczi, desempenhou papel importante no cenário psicanalítico de Londres na segunda metade do século XX e é o criador do que hoje denominamos por “Grupo Balint” (BRANDT, 2009). Este capítulo pretende versar sobre a historicidade desse tipo de grupo, sua aplicabilidade nos tempos atuais e sua articulação com o ensino médico e cuidado em saúde. Sua elaboração é resultado de uma síntese dos conhecimentos transmitidos, especialmente da tentativa de apresentar respostas às questões comentadas pelos participantes de duas oficinas sobre grupos Balint no Congresso Catarinense e Paranaense de Educação Médica (CCPEM) realizado na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) em 2019.

2. DESENVOLVIMENTO

A metodologia de trabalho em grupo proposta por Balint surgiu na “Clínica Tavistok”, nos anos 1950, numa parceria estabelecida pelo médico psicanalista que à época atuava como supervisor clínico na instituição e sua esposa, a também psicanalista Enid Balint, com vistas a ofertar aos médicos “clínicos gerais” da instituição, seminários de treinamento psicológico, conforme descrito na obra “O médico, o paciente e sua doença” de 1957 (GUSSO; LOPES, 2012). No relato trazido nesse primeiro livro de Balint, consta a pesquisa, assim por ele chamada, dos aspectos psicológicos presentes na “relação médico-paciente” relatados por seus colegas durante os seminários de discussão de caso.

Balint integrou a análise da “contratransferência”, conceito psicanalítico que se ocupa de examinar os sentimentos do analista em relação ao paciente, ao seminário clínico. O objetivo do uso da análise da contratransferência era tentar extrapolar o campo cognitivo biomédico estrito. Considerou ainda necessário introduzir no seminário a “associação livre de palavras”, importante ferramenta da técnica psicanalítica em que o paciente é estimulado a falar livremente tentando evitar sua própria censura (BALINT, 2007).

Nos seminários clínicos conduzidos por Balint, os médicos eram encorajados a falar sobre um caso em que sentiam algum tipo de incômodo, impregnado de sentimentos, ocasionando refletir sobre as emoções profundamente vivenciadas. A apresentação do caso deveria ocorrer em livre associação, sendo solicitado aos

médicos um relato sem recorrer a anotações e que pudessem contar sobre os atendimentos de modo mais espontâneo possível. O modelo de grupo de Balint abrangia encontros com até dez médicos, incluindo o psicanalista que fazia a condução do grupo. Um dos médicos ficava responsável por trazer o relato de um caso clínico no qual vinha enfrentando dificuldades nos aspectos relacionais do atendimento. Em princípio, Balint estimulava que os colegas realizassem consultas longas com pacientes considerados por eles “difíceis” ou regredidos, como preferia chamar, e relatassem os atendimentos com riquezas de detalhes.

Inicialmente, a metodologia do grupo mostrou-se cansativa e alguns médicos desistiram ao longo do primeiro ano de realização dos grupos. Com o passar dos anos e a experiência que foi adquirindo na condução dos grupos, Balint foi propondo mudanças na metodologia de trabalho, ampliando o foco para as consultas breves e cotidianas da clínica geral, estendendo a escuta para os aspectos relacionais do que era frequente e corriqueiro (BALINT, 2007). Foi da descrição e análise destes grupos que criou conceitos como “o médico como droga”, “a organização da doença”, “a oferta da doença”, “função apostólica”, “o conluio do anonimato” que compõem sua primeira obra.

O que Balint havia criado era, portanto, uma mudança no processo grupal de discussão de caso, deslocando o objeto de análise do diagnóstico clínico do paciente para a relação do médico com o paciente em função de sua doença. Nesse sentido, esse aspecto revela a originalidade e a contribuição de Balint para o campo do saber que se ocupa dos aspectos humanos do cuidado médico.

O autor acreditava que mudanças no modo como o médico se sentia em relação ao paciente poderiam ter relevância terapêutica de valor semelhante às mudanças objetivas na doença do paciente. Nesse ponto, Balint destacou ao longo de sua obra que seus grupos não tinham, na concepção na execução, o objetivo de serem psicoterapêuticos para os médicos que o integravam. No entanto, ele reconhecia o viés potencialmente terapêutico no que ele chamou de “transformação da personalidade” do médico, “ainda que limitada, considerável” (BALINT, 2007, p.223). O autor identificou que os médicos pareciam tornar-se menos reativos, mais atentos a seus sentimentos durante os atendimentos e mais compassíveis diante de seus próprios erros e equívocos, especialmente a partir da identificação com os erros relatados pelos colegas em grupo e pela compreensão que o grupo ofertava diante do relato desses. Em sua supracitada obra “O médico, seu paciente e a doença”, no

capítulo “O Clínico Geral como Psicoterapeuta” (BALINT, 2007), alerta sobre os riscos de atender casos difíceis de modo isolado e sem ajuda especializada, e destaca que a reflexão sobre os aspectos psicológicos da relação médico-paciente nos grupos visa mais à contribuição para que existam clínicos gerais compreensivos ao invés de psicoterapeutas.

Esse apontamento refere-se à necessária atenção às mudanças que o médico poderia passar após a experiência com os grupos, destacando o foco dos encontros em refletir, expor e elaborar seus sentimentos em relação aos pacientes. À questão da condução dos grupos e sobre as habilidades esperadas por quem o faz, o autor dedica um apêndice intitulado “Treinamento” em que destaca aspectos que considera fundamentais, como a importância do treinamento em psicoterapia por quem conduz o grupo, do ritmo (*timing*) na condução que propicia ao médico possuir “a coragem da própria estupidez” e sentir-se livre para falar com um menor teor de censura, a capacidade de se permitir errar, e o de ser flexível e honesto diante dos erros de condução.

A partir da caracterização minuciosa que o autor propõe sobre a construção dos grupos, o relato dos casos trazidos, as reflexões trazidas por ele e pelos demais colegas médicos, as características que garantiriam o bom andamento e desfecho destes encontros, pode-se identificar a valorização das potencialidades e fragilidades existentes nas relações entre o médico e o paciente. Ao mesmo tempo, Balint fornece um “caminho” de como fazer grupos desse tipo. O próprio autor em vários momentos descreve seu interesse em transmitir ao leitor os benefícios de sua proposta de trabalho grupal em afirmações como: “Esta história clínica ilustra também a grande ajuda que um seminário como o nosso pode prestar a um clínico geral quando esse se vê em dificuldades com seu paciente” (BALINT, 2007, p. 144).

Após o falecimento de Michael Balint em 1970, sua esposa Enid Balint dá continuidade ao desenvolvimento dos grupos, estimulando que outros profissionais também passem a fazer. Surge nessa época a necessidade de uma “normatização” dos grupos Balint para que independentemente do local em que fossem realizados, os aspectos que caracterizavam o grupo proposto pelo psicanalista pudessem ser preservados (GUSSO; LOPES, 2012). A Sociedade Balint Inglesa (*The Balint Society*) elabora critérios que classifica como “Características Essenciais”, relacionadas ao número de participantes estipulado de 6 a 12 pessoas, que a condução deve ser realizada por um líder, da necessidade dos membros do grupo terem experiência

clínica e que os relatos de casos devem ser orais, o foco da discussão centralizado na relação médico-paciente, além da observação ao sigilo, respeito mútuo e a tarefa do líder em garantir o respeito às normas do grupo e, um outro grupo de critérios que classifica como “Características Desejáveis”. Dentre essas, estaria a necessidade de uma periodicidade dos encontros, sempre com os mesmos participantes, caracterizando dessa forma um grupo fechado, a existência de um “colíder” que teria funções próprias e distintas do líder, de que o líder tenha algum tipo de treinamento em escuta à luz do conhecimento psicanalítico, além de questões relativas a critérios de seleção dos integrantes do grupo, bem como do tempo de duração do mesmo. À época, Enid Balint aprovou esses critérios propostos pela Sociedade Balint Inglesa e até os dias atuais são eles que guiam a realização de grupos Balint.

Durante a realização das oficinas “Grupos Balint” no CCPEM, foi realizada uma dinâmica de grupo nos moldes da metodologia aqui exposta. Os moderadores da oficina participaram como líder e colíder e procedeu-se com a seleção dos presentes que preenchessem os critérios seleção acima descritos para a composição da roda. Líder e colíder sentados frente a frente em pontos distintos da roda e os demais distribuídos, também sentados, nas cadeiras dispostas em círculo. O líder procedeu com o convite de quem teria um caso para relatar com a pergunta dirigida para o grupo. Um dos participantes, ao afirmar que tinha um caso clínico, iniciou o relato do mesmo. Após o relato sucinto, calcado apenas em lembranças e a partir de uma narrativa o mais livre possível, sem se basear em nenhuma anotação prévia, seguiu-se à abertura, pelo líder, da possibilidade de fala pelos demais membros. Nessa etapa os membros puderam fazer perguntas que esclarecessem dúvidas objetivas sobre o relato. O participante que relatou respondeu brevemente às perguntas e se silenciou. A partir desse momento, o líder orientou ao relator que permanecesse em silêncio durante toda a discussão e que ao final da mesma teria a oportunidade de falar sobre os sentimentos evocados pela escuta da discussão, feita pelos outros membros, do caso trazido. O grupo passou então a trabalhar reflexivamente sobre o caso e sobre a relação descrita entre o médico relator e o paciente por ele atendido. Durante a discussão o líder procurou apontar para o grupo de que modo os conceitos balintianos se correlacionavam com as reflexões originadas do caso. Após o término dessa etapa, o relator então foi convidado a integrar o grupo, tendo novamente a oportunidade de falar e comentar sobre de que maneira o trabalho do grupo afetou seu entendimento da relação médico-paciente no caso trazido. Seguindo a metodologia, encerrou-se o

grupo, com duração aproximada de uma hora e meia. Além disso, ficou acordado o sigilo e anonimato de todas as conversas realizadas durante o grupo.

Ao término do grupo algumas considerações foram tecidas acerca do papel do colíder e quais são suas funções, que se esclarecessem e aprofundassem conceitualmente algumas das categorias balintianas apontadas pelo líder e colíder, como “médico como droga” e “função apostólica”, e a aplicabilidade dos grupos Balint na atualidade e sua interlocução com a formação médica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, algumas experiências de condução de grupos Balint também podem ser citadas para a promoção de saúde mental e prevenção de adoecimento entre profissionais de saúde. Entre elas, destaca-se a proposta de correlacionar o grupo Balint com o “Método Paidéia”, defendida por Cunha (2009) como “Grupos Balint Paidéia”, a partir dos conceitos de “cogestão” e “clínica ampliada”, alicerçados pelo sanitarista brasileiro Gastão Wagner Souza Campos. Os grupos “Balint Paidéia” também têm outras variações de experiências como recursos para o trabalho em saúde mental, como o exemplo descrito por Bruinjé e Santos (2019). Outra modalidade de grupo Balint realizado no país versa sobre a experiência, conforme relato de Dohms *et al.* (2019), de um espaço virtual de discussão semanal online, intitulada de “web balint”. Essa proposta permite a capilaridade e ampliação do alcance do grupo Balint com diferentes integrantes e diversos espaços, mantendo o rigor, a condução e as orientações balintianas, conforme os encontros presenciais.

Os grupos Balint também podem ser inseridos na dimensão do processo de aprendizagem na formação médica, desde a graduação até a residência, evidentemente com adequações e interseções consistentes. Têm-se algumas experiências em curso no Brasil, tais como o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretária Estadual de Saúde de Santa Catarina, que desde sua criação oportuniza aos seus ingressantes residentes o modelo de grupo Balint virtual, já que consiste em uma residência médica em diferentes municípios do estado. Outra experiência de estratégia de cuidado e formação, a partir da perspectiva do grupo Balint, pode ser encontrada com os residentes de pediatria de um Hospital Terciário na cidade do Rio de Janeiro (PASTURA *et al.*, 2019). Essas experiências retratam a diversidade, abrangência e capilaridade dos grupos Balint tanto na dimensão do cuidado em saúde como na formação acadêmica.

Por fim, convém destacar a necessidade do debate sobre a educação em saúde para valorizar e aprofundar a relação profissional-paciente, uma temática que “redescobre” a perspectiva de uma visão de “humanidades médicas”, alinhada com a própria distinção do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estimula e promove o exercício humanístico da profissão médica, para fortalecer as reflexões e ensinamentos sobre questões éticas e bioéticas.

REFERÊNCIAS

- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
- BRANDT, J. A. Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. **Vínculo**, v. 6, n. 2, p. 199-208, 2009.
- BRANCO, R. F. G. R.; FREITAS, F. G. M.; CANTARELLI, G. C. F. Grupos Balint. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.152-158.
- BRUINJÉ, M.; SANTOS, D.V.D. Grupos BALINT-PAIDÉIA: uma clínica reflexiva para as equipes de AP no âmbito da saúde mental. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, Supl 2, p.53-65, 2019.
- CUNHA, G.T. Grupos Balint Paidéia: Uma contribuição para a cogestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Campinas, São Paulo, **Tese** (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2009.
- DOHMS, M. *et al.* Experience of a virtual Balint Group in Brazil. In: **21st International Balint Congress**. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. Associação Portuguesa de Grupos Balint. Portugal, 2019, p. 240-241.
- PASTURA, P. S. V. C. *et al.* Do Burnout à Estratégia de Grupo na Perspectiva Balint: Experiência com Residentes de Pediatria de um Hospital Terciário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 32-39, 2019.

CAPÍTULO 05

INTEGRALIDADE E DESPRESCRIÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA COM MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO INTERNATO MÉDICO

Alessandro da Silva Scholze

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: alessandroscholze@univali.br

Anna Paula Genoefa Macarini Almeida

Especialista em Psiquiatria. Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: annamacarini@univali.br

Amanda Elisa Zajankauskas

Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Médica da Estratégia Saúde da Família de Penha/SC.

E-mail: amandazajankauskas@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A abordagem dos problemas mentais é limitada pela formação profissional na área da saúde desde a graduação, onde já se estabelece um predomínio da objetivação do processo saúde-doença em detrimento da relação médico-pessoa, que exigiria um olhar mais atento às subjetividades envolvidas no encontro do profissional/estudante com a pessoa atendida. Isso torna a Atenção Primária em Saúde (APS) um espaço privilegiado para superar tais limitações na formação profissional, não apenas na graduação, mas perpassando a pós-graduação e formação permanente. Isso se dá na medida em que a APS propicia uma atenção integral e longitudinal, envolvendo o estudante na realidade individual e coletiva das pessoas atendidas, com suas características sociais, políticas, culturais e econômicas (MAEYAMA *et al*, 2017).

Na formação médica, o apoio matricial tem sido empregado desde a graduação até a residência, a partir da compreensão da necessidade de ir além do hospital como local de formação do especialista focal, ampliando seu vínculo com a APS, ainda que a demanda reprimida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) possa orientar as discussões de forma a manter uma perspectiva essencialmente biomédica e medicalizante. O predomínio do saber técnico do especialista focal pode ser resultado da falta de capacitação da equipe de apoio matricial para a tarefa, de modo que a relação seja cordial, porém com pouco espaço para considerar os conhecimentos socioculturais e intersubjetivos mais afeitos ao contexto da APS. Porém, o matriciamento em saúde mental partindo de uma abordagem psicossocial tem potencial para resgatar o trabalho em equipe em uma lógica transdisciplinar buscando incluir o próprio sujeito doente na condução do seu projeto terapêutico (OLIVEIRA *et al*, 2018; CAVALCANTI; GOMES; AZEVEDO, 2020).

O matriciamento se constitui em uma ferramenta para superar a lógica hierárquica do sistema de saúde baseada em referências e contrarreferências, definindo-se mais pelo fator pedagógico capaz de modificar o fazer no cotidiano das equipes de saúde do que pela simples atuação assistencial do especialista focal. No matriciamento, uma equipe de referência recebe o apoio de uma equipe matricial em um novo arranjo de gestão e organização do trabalho em saúde. Assim, busca-se refletir de forma interdisciplinar, incluindo diferentes profissões e especialidades, cada qual contribuindo para uma maior compreensão das situações abordadas, de modo a

criar intervenções pedagógico-terapêuticas que ampliem a resolutividade da equipe de referência, especialmente no campo da saúde mental (CHIAVERINI, 2011).

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) identificam no matriciamento uma forma de criar redes em atenção à saúde mental o que, ainda como esforços incipientes, contribui para trazer mais visibilidade para essas questões no cotidiano da APS, oferecendo oportunidades para maior autonomia da equipe de ESF nesse campo tanto a partir dos aspectos formativos do matriciamento como pela crescente responsabilização da equipe em relação às pessoas adscritas, que são também atendidas em serviços de referência para saúde mental (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

O principal instrumento do apoio matricial é a interconsulta, que contém a discussão de caso, sua forma mais comum, visando a elaboração de um projeto terapêutico, mas que pode ser limitada pelo que não é trazido para a discussão e, por outro lado, enriquecida quando há diferentes perspectivas a partir dos olhares de múltiplos profissionais envolvidos no caso. Outras modalidades de interconsulta incluem as consultas conjuntas e as visitas domiciliares conjuntas, nas quais reúnem-se no mesmo cenário diferentes profissionais, sendo ao menos um da equipe de apoio e um da equipe de referência, com a pessoa atendida e, eventualmente, familiares desta, devendo ir além da atenção individual, a fim de desenvolver novas competências nos profissionais da equipe de referência (CHIAVERINI, 2011).

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência com a implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental para uma Equipe de Saúde da Família no contexto do Internato Médico em Saúde Mental e Medicina de Família e Comunidade do curso de medicina da UNIVALI em Itajaí-SC, no ano de 2018.

2. RELATO DA EXPERIÊNCIA

No 9º período do curso de medicina da Univali, os alunos iniciam o internato em Medicina de Família e Comunidade (MFC), em seu primeiro contato específico com a disciplina. Esta distribui os alunos, como as outras duas disciplinas do período, em três rodízios de sete semanas, com uma carga horária de 360 horas-aula que são cumpridas em atividades práticas em uma mesma Equipe de ESF, além de atividades teóricas que compõem um portfólio avaliativo. Os alunos realizam o atendimento sob supervisão do médico da equipe, que também é docente do curso de medicina, em acolhimentos e consultas na UBS, visitas domiciliares, grupos operativos na área

adscrita, participando ainda das reuniões de equipe e momentos de formação continuada. O objetivo da disciplina envolve a articulação do Método Clínico Centrado na Pessoa nesses atendimentos, privilegiando a longitudinalidade no cuidado dos pacientes, uma vez que nos estágios desenvolvidos no nível secundário não há tempo disponível para que os alunos se envolvam em encontros repetidos com as mesmas pessoas e/ou famílias atendidas.

Nesse período, as três equipes que recebiam o internato em MFC localizavam-se na mesma UBS, sendo o presente relato desenvolvido a partir da experiência da ESF 10. Esta atendia 2839 pessoas cadastradas em 2018, sendo predominantemente uma população de adultos e adultos jovens, mas apresentando uma demanda assistencial importante por parte de idosos com problemas crônicos de saúde. Em 2018, um levantamento dos usuários de medicamentos psicotrópicos na área mostrava 70 pessoas fazendo uso destes com prescrição na ESF 10 (2,8 % da população adscrita), sem especificar diagnósticos. A infraestrutura da área é adequada no sentido de contar com fornecimento de água pela rede do município, coleta de lixo e luz elétrica em todos os domicílios, apesar do esgoto ser coletado em fossas por falta de rede que destine os resíduos para tratamento. A área da ESF 10 localiza-se próxima do centro da cidade, porém a UBS dista mais de 30 minutos de caminhada das microáreas mais distantes (SCHWARZ, 2018).

No 8º período do curso de Medicina da Univali, os alunos iniciam o internato em Saúde Mental, primeiro contato com a prática nesta disciplina. Durante este estágio, o objetivo é capacitar os alunos para um olhar em relação à atenção às pessoas com sofrimento mental nas unidades de saúde e à atenção às pessoas com sofrimento mental em ambulatório especializado. Além disso, neste período os alunos fazem acompanhamento das rotinas de apoio matricial em saúde mental nas Equipes de Saúde da Família e ainda acompanham as rotinas dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). Estas atividades ocorrem em 3 campos de estágio: no ambulatório de Psiquiatria da Univali, nos CAPs do município de Itajaí (CAPs II, CAPs Infantil e CAPsAD) e nas ESF (9, 10, 18 e 44). No ambulatório de Psiquiatria da Univali, os alunos realizam o atendimento sob supervisão dos docentes da disciplina. Já nas ESF, os alunos acompanham e auxiliam o apoio matricial que ocorre em forma de interconsulta, consulta conjunta, ou visita domiciliar. Quanto ao estágio nos CAPs, esse é observacional e os alunos podem acompanhar o psiquiatra em atendimento, e/ou os outros técnicos em atendimentos de grupos. Além das atividades práticas,

existem também as atividades teóricas que são compostas por seminários e discussões de casos clínicos. A carga horária total deste estágio é de 180 horas-aulas, divididas entre as atividades práticas e teóricas.

Os momentos de matriciamento da Psiquiatria com a ESF 10 se davam nas manhãs das segundas quintas-feiras de cada mês, no horário das 10h às 12h. Os casos para discussão eram selecionados pelo professor e alunos do internato em MFC a partir de dificuldades encontradas no manejo de pessoas com problemas psíquicos nos atendimentos da ESF.

Nos encontros realizados ao longo de 2018, discutiram-se casos envolvendo 17 adultos com diagnósticos de esquizofrenia, depressão, transtornos ansiosos e de personalidade. Alguns foram objeto de discussão em mais de uma ocasião, em um acompanhamento longitudinal.

A maior parte das interconsultas como discussão de caso se direcionavam para questões relativas a medicações psicoativas, em termos de não haver resposta ao tratamento conforme esperado, ou com fins de desprescrição. As situações de desprescrição diziam respeito, no mais das vezes, a benzodiazepínicos em uso de longa data, além de reações adversas a diferentes psicofármacos, incluindo neurolépticos e inibidores seletivos da recaptação de serotonina.

Já as interconsultas envolvendo consultas compartilhadas eram dedicadas a situações nas quais havia dúvidas a respeito do diagnóstico, de modo que o olhar da psiquiatria seria favorecido pelo contato direto com a pessoa atendida pela ESF. Estas ocorreram em duas ocasiões, com a participação de ambos os professores e dois alunos de cada período.

Sempre que possível, dadas as mudanças de rodízio, o aluno que havia atendido a pessoa cujo caso era discutido fazia a apresentação para o grupo com apoio dos dados do prontuário e do professor de MFC, uma vez que na maioria das vezes eram pessoas já atendidas anteriormente pela ESF. Da mesma forma, buscando a experiência da longitudinalidade por parte dos alunos e sua responsabilização para com a pessoa atendida, com a possibilidade de fortalecimento da relação e criação de vínculos ainda que no curto período do estágio, tentava-se oportunizar o retorno da pessoa para atendimento com o mesmo aluno, a fim de implementar as modificações sugeridas no matriciamento ao discutir o Plano de Manejo Conjunto com a mesma.

As discussões, inclusive quando havia consultas conjuntas, envolviam todo o grupo de alunos e docentes, de forma aberta a questionamentos e propostas, envolvendo as experiências de todos de forma horizontal. Surgiam aqui, situações nas quais os alunos se recordavam de ter atendido pessoas da área da ESF 10 no ambulatório de psiquiatria da Univali ou traziam relatos de vivências do estágio no CAPS que relacionavam com as situações das pessoas atendidas pela equipe.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O matriciamento em saúde mental reunindo os internatos médicos em Medicina de Família e Comunidade e Saúde Mental permitiu a criação de um diálogo entre os atendimentos no nível secundário do Internato em Saúde Mental e a experiência dos alunos na APS, potencialmente contribuindo para a quebra de barreiras para a abordagem dos problemas psíquicos pelos futuros médicos que atuarão na APS, uma vez que o matriciamento dá visibilidade à continuidade do cuidado entre os diferentes níveis do sistema de saúde, ou seja, as mesmas pessoas que os alunos atendem no Internato de Saúde Mental são também por eles atendidas na ESF, que se mantém como coordenadora do cuidado.

Ainda, possibilitou-se a discussão dos casos em torno da Prevenção Quaternária a partir das iniciativas de desprescrição, nas quais o matriciamento embasou as ações da MFC. Na perspectiva da MFC, a avaliação das situações em que a desprescrição deve ser conduzida é uma das ações cotidianas no cuidado a pessoas com diferentes problemas crônicos e, no caso específico do uso de medicamentos psicotrópicos, traz consigo alguns desafios específicos relacionados a medicações que podem causar dependência ou síndromes de retirada. Por outro lado, a psiquiatria tem sido objeto de críticas em função da medicalização do sofrimento mental com amplo uso de medicamentos com potenciais eventos adversos e benefícios pouco claros. Nesse sentido, o matriciamento pode se constituir numa forma de qualificar tanto a formação médica quanto os cuidados em saúde mental nos níveis primário e secundário (JAMOULLE, 2015; GOTZSCHE, 2016).

REFERÊNCIAS

CAVALCANTI, M. T.; GOMES, M. K.; AZEVEDO, L. M. S. Internato de Saúde Mental para alunos de Medicina: qual o melhor cenário de formação?. **Interface (Botucatu)**, v. 24, e190159, 2020.

CHIAVERINI, D. C. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

GOTZSCHE, P. **Medicamentos mortais e crime organizado. Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica**. Porto Alegre: Bookman, 2016. 312p.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-3, 2015.

MAEYAMA, M. A.; DILDA, G. D.; ROS, M. A.; BARBOSA, T. M. Entendendo o contexto e o papel da Atenção Básica na Saúde Mental. **Revista Inova Saúde**, v. 6, n.1, p. 243-67, 2017.

OLIVEIRA, J. M. *et al.* Inovação na formação médica: apoio matricial em programas de residência. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 211-222, 2018.

SCHWARZ, T.O. **Uso de Medicamentos Psicotrópicos após a Mudança no Fluxo de Renovação de Receitas na Equipe de Saúde da Família 10 da Cidade de Itajaí. 2018.** 19 p. Trabalho de Conclusão de Residência – Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

CAPÍTULO 06

JULGAMENTO ÉTICO SIMULADO COMO FERRAMENTA DE ENSINO DA BIOÉTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carla Ceni

Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR).

E-mail: cceni03@gmail.com

Sarah Larisse Mantovani Rennó

Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR).

E-mail sarah_larisse@hotmail.com

Rafaela Chiuco Zeni

Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: raffitah@gmail.com

Amanda Wilceki

Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR).

E-mail: amanda.wilceki@gmail.com

Anna Gisele Souza Maldonado

Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR).

E-mail: anna.mal.donado@hotmail.com

Eduardo Murilo Novak

Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Paraná.

E-mail: eduardonovak@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Bioética na Medicina é constituída por um conjunto de análises morais e filosóficas acerca da vida e as suas implicações sobre as práticas médicas (DINIZ, 2002). Embora o termo bioética tenha adquirido diferentes conotações ao longo dos anos, não deixou de abordar a discussão da moralidade dos atos humanos para alcançar um equilíbrio na formação de uma decisão que envolve os dilemas bioéticos (FERRER; ALVAREZ, 2005; ZOBOLI, 2012). Nesse contexto, o ensino dessa disciplina nas Escolas de Medicina é de essencial importância para a formação de uma nova perspectiva no futuro profissional.

Atualmente, a disciplina de Bioética caminha junto com as outras ciências no rompimento das formas tradicionais de ensino, as denominadas metodologias ativas, exercidas em algumas instituições superiores de educação (SEBOLD *et al.*, 2010). Nesse cenário, o ensino de bioética assume um desafio pedagógico de promover a transmissão e entendimento dos fundamentos bioéticos por meio de atividades práticas, como uma estratégia de participação mais efetiva do estudante (SAVARIS *et al.*, 2013).

Para implementar essas mudanças no processo de ensino-aprendizagem, uma estratégia recomendada de ensino da Bioética Médica é o júri simulado ou julgamento simulado, que desenvolve nos estudantes a habilidade de deliberação de conflitos morais na esfera da problemática bioética. A deliberação na Medicina é a capacidade de escolher aquilo que é melhor em determinada situação para o doente, seja na linha de avaliação da doença, seja na conduta a ser prescrita, por exemplo. Essa escolha na área médica pode trazer benefícios, se adequada, ou malefícios, se equivocada, ao paciente (ANASTASIOU; ALVES, 2004; ARISTÓTELES, 2009).

O julgamento simulado oferece essa análise de deliberação e melhor aprendizado de problemas bioéticos aos acadêmicos. Essa estratégia simula os Conselhos de Medicina ao reproduzir uma situação para exposição de argumentos de defesa e de acusação e dramatização com os papéis de Relator, Revisor, as Partes e os Conselheiros. Tal proposta contribui para a avaliação de um problema no âmbito bioético permitindo ao estudante o envolvimento com a construção do conhecimento, de forma ativa, acerca de um julgamento (OLIVEIRA, 1997).

Diante do exposto, esse artigo visa relatar a percepção de acadêmicos do quinto período do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná

(PUCPR) que vivenciaram o aprendizado de Bioética através de um julgamento simulado em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR).

2. RELATO DA EXPERIÊNCIA

O julgamento simulado foi orientado e elaborado com base no Código de Processo Ético-Profissional (CPEP), descrito na Resolução CFM 2145/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM), com certas adaptações para tornar possível sua aplicação numa sala de aula.

Para que a experiência fosse a mais próxima possível da realidade, foram convidados a participar do julgamento simulado o Presidente do CRM-PR, dois advogados – também do órgão que faziam o papel de acusador e defesa – e dois Conselheiros, que são professores da Universidade – a fim de que fizessem os papéis de Relator e Revisor do processo. Os estudantes, do quinto período do curso de Medicina da PUCPR, fizeram o papel dos demais Conselheiros da instituição, com direito a voz e a voto no momento pertinente.

Para dar mais veracidade à simulação, foi trazido um caso real, julgado no CRM-PR anteriormente. Na época, tratava-se de um incidente em que um médico residente de pediatria receitou uma medicação para o combate de *Pediculus humanus* (piolho), em uma dose mil vezes maior do que o preconizado. A justificativa era de que havia passado a noite em claro, devido a um plantão, e preencheu a receita manuscrita sem o devido cuidado. Como esta dose não era vendida regularmente na farmácia, o farmacêutico resolveu vender a dosagem de forma manipulada para a família.

O erro da prescrição do médico ocasionou a internamento da criança na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do mesmo hospital onde este médico trabalhava. Apesar de ter passado pela internação durante alguns dias, não houve danos ou sequelas à criança, que se recuperou bem do episódio.

O médico, prontamente, reconheceu seu erro e ofereceu toda assistência necessária ao paciente e sua família. Porém, ainda assim, a família optou por entrar com representação no CRM-PR contra ele, alegando que o erro do médico expôs a criança a grande perigo.

Na simulação, foram ouvidas ambas as partes, de defesa e acusação, e aberto a perguntas dos demais conselheiros (alunos) sobre o caso. Os acadêmicos solicitaram esclarecimentos sobre o caso relatado e também sobre Bioética e normas

vigentes no CRM-PR. Ao final, foram lidos os votos do Relator e do Revisor do processo. Este votou pela absolvição, aquele pela condenação. Após, foi aberta a sessão de votação do Conselho, que poderia concluir pela condenação ou absolvição do réu, e pela penalidade correta para o caso, se condenação. Na ocasião, o Conselho optou pela condenação do réu por maioria dos votos, e votou pela penalidade contida na letra B (Censura Confidencial em Aviso Reservado) conforme a previsão da Lei Federal 3268/57.

3. DISCUSSÃO

A importância do julgamento simulado consiste na possibilidade de ensino prático da Bioética Médica, culminando em uma formação acadêmica mais enriquecida. O julgamento propicia a inserção dos estudantes dentro de um caso real, possibilitando a ampliação da capacidade de entendimento da subjetividade que pode estar vinculada a um possível erro médico. Também possibilita a compreensão mais profunda do Código de Ética Médica, consolidando assim os princípios da Medicina Baseada em Evidências e da excelência na prática médica, não apenas no âmbito técnico, mas também no âmbito filosófico da Medicina.

Além disso, ao se realizar um julgamento simulado é necessário invariavelmente ponderar questões racionais e emocionais acerca do caso. Cada aluno passa a avaliar as atitudes tomadas pelo profissional julgado de acordo com os valores e código moral de sua própria vivência e conhecimento da legislação, evidenciando, assim, opiniões distintas entre os alunos e até mesmo conflitos, enriquecendo o debate acerca do Código de Ética Médica e qual seria a atitude mais correta de acordo com cada um para determinada situação. Destaca-se assim que possíveis divergências futuras entre os pares na prática médica são uma realidade, devendo todos respeitarem e compreenderem as opiniões divergentes.

A discussão bioética é de fundamental importância no campo de assistência à saúde. Para isso, uma resolução emitida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 1975 recomenda a colaboração dos Conselhos Regionais de Medicina na educação dos princípios éticos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1975), o que faz com que alguns Conselhos de Medicina adotem essa estratégia visando à promoção da Bioética Médica durante o ensino dos estudantes de Medicina.

A experiência de mais de uma década do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) com tal atividade de

juízo simulado na educação mostrou que é uma maneira relevante e eficaz para o ensino dos conceitos da Bioética no campo médico (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012). A introdução dessas práticas diversificadas no ambiente acadêmico contribui para uma melhor formação dos profissionais, tendo como objetivo prevenir erros graves e preparar esses futuros médicos para lidar com situações delicadas. Essa atividade é mais bem aplicada quando há integração com instâncias responsáveis pelos assuntos bioéticos.

Na experiência relatada, os estudantes tiveram a oportunidade de viver uma situação real através do apoio do CRM-PR dentro da sala de aula. Ao final do julgamento, o ato da votação para condenar ou absolver o réu e, posteriormente, qual seria a penalidade aplicada, tornou-se palpável no que acontece nas situações de infringência à norma em vigor. Dessa forma, o julgamento oportunizou a discussão e reflexão da Bioética Médica através de um modelo prático de aprendizagem, o que propiciou a fixação dos conceitos mais importantes e no alerta aos alunos sobre as consequências de um possível erro no exercício da atividade médica. Há de se destacar que os julgamentos éticos são sigilosos, então, talvez a única possibilidade de o futuro médico ter acesso ao ambiente de um tribunal ético seja a dessa forma, por meio de um julgamento simulado – a menos que venha a ser Conselheiro, denunciante, denunciado ou advogado com procuração nos autos.

4. CONCLUSÃO

O julgamento simulado voltado a estudantes do curso de Medicina consiste em uma poderosa ferramenta de aprendizado, sendo uma estratégia lúdica e efetiva para o ensino da Bioética Médica na graduação e até mesmo na pós-graduação, dentro dos programas de Educação Continuada de Médicos. Além disso, contribui para prevenção do erro médico e reitera a importância da boa relação médico-paciente.

REFERÊNCIAS

- ANASTASIOU, L. G. C; ALVES. L. P. Estratégias de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. G. C; ALVES. L. P. (orgs). **Processo de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: Ed. Univille, 2004. p. 67-100.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Martin Claret, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 664, de 28 de fevereiro de 1975**. Diário Oficial da União. 12 ago. 1975; parte 2, seção 1.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.897, de 17 de abril de 2009**. Aprova as normas processuais que regulamentam as sindicâncias, processos ético-profissionais e o rito dos julgamentos nos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. Diário Oficial da União. 6 maio 2009; seção 1:75-7.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Centro de Bioética**. Notícias: julgamento simulado. [internet]. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2020 [acesso 31 maio 2020]. Disponível: <https://www.bioetica.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3349>
- DINIZ, M. H. **O estado atual do biodireito**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- FERRER J. J; ALVAREZ J. C. **Para fundamentar a bioética**. São Paulo: Loyola, 2005.
- OLIVEIRA, R. A. O julgamento simulado do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: processo de ensino da ética médica. **Interface** (Botucatu), v. 1, n. 1, p. 141-146, 1997.
- SAVARIS, P. K. *et al.* Julgamento simulado como estratégia de ensino da ética médica. **Rev. Bioét.**, v. 21, n. 1, p. 150-157, 2013.
- SEBOLD, L. F.; *et al.* Metodologias ativas: uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. **Cogitare enferm.**, v. 15, n. 4, p. 753-756, 2010.
- ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, F. A. C. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 5, p. 1248-1253, 2012.

CAPÍTULO 07

JÚRI SIMULADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE METODOLOGIAS ATIVAS

Mariana Andrea de Moura Henicka

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: marihenicka@gmail.com

Gabriela Aparecida Schiefler Gazzoni

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: gabrielagazzoni1@outlook.com

Gustavo Alves Prosdocimo

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: gustavo_prosdocimo@hotmail.com

Lessandra Marques Colmanetti

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: lessandra.colmanetti@gmail.com

Leandro Tucci Antunes

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: antunesleandro89@gmail.com

Thaís Dutra Bernhardt

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: thaissdb_97@hotmail.com

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor e Pós-doutor em Saúde Coletiva. Professor do curso de Medicina e Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: marcos.aurelio@univali.br

1. INTRODUÇÃO

No fim do século XIX, começaram a surgir novas correntes de pensamento em relação à forma de educar e, com isso, novos instrumentos pedagógicos. Segundo Cyrino e Toralles-Pereira (2004), em se tratando de educação para adultos, o novo propósito é propiciar liberdade, explorando e instigando os educandos para que não sejam apenas depósitos de conteúdo, mas que mantenham uma comunicação com o educador, visando a um aprendizado conjunto, levando em consideração saberes acumulados. Os professores passam a assumir o papel de facilitadores da busca ao conhecimento, ao contrário do que acontecia anteriormente, quando eram sua única fonte (MITRE *et al.*, 2008).

Nesse contexto são criadas as Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem, um conjunto de técnicas que objetivam a independência intelectual e a formação crítica e reflexiva do educando através do incentivo à autonomia – conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014). A técnica do júri simulado é uma entre tantas metodologias ativas que busca uma participação ativa do educando no processo de aprendizagem. Este capítulo visa relatar uma experiência pedagógica exitosa, utilizando a técnica do júri simulado, realizada por acadêmicos do oitavo período do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí, na disciplina de Internato em Saúde Coletiva.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O júri simulado é uma estratégia didático-pedagógica que reproduz a dinâmica de um tribunal judiciário e objetiva o estudo associado à discussão ativa acerca de um determinado tema ou situação (ANASTASIOU; ALVES, 2012). Essa estruturação em formato de júri, com divisão de papéis para o conjunto de alunos, que inclui juiz; defesa; acusação; corpo de jurados; réus; testemunhas; entre outros, permite a participação ativa do estudante.

Uma das vantagens desta estratégia pedagógica é que ela permite a participação ativa de um número relativamente grande de alunos, em comparação com outras metodologias ativas (SAVARIS *et al.*, 2013). Entretanto, o que torna a estratégia do júri simulado uma metodologia ativa de fato é a possibilidade de realização de inúmeras operações de pensamento, tais como defesa de ideias, argumentação, julgamento e tomada de decisão. Sua preparação é de intensa mobilização, pois, além de ativar a busca do conteúdo em si, oportuniza um

envolvimento e integração de todos para além da sala de aula, e costuma ser bem aceita pelos discentes.

Savaris *et al.*, (2013) evidenciaram que mais de 90 % dos alunos abordados em seu estudo acreditavam que o júri simulado havia contribuído para o conhecimento sobre a temática central da atividade e recomendaram a continuidade desta.

3. RELATO DO JÚRI SIMULADO

A construção deste relato se deu a partir de uma atividade realizada durante o primeiro trimestre de 2019, com os alunos do oitavo período do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), em uma aula teórico-prática do internato de Saúde Coletiva. Este estágio pertence à nova matriz do curso, atualizada em conformidade com o previsto pelas atuais DCN, e é dividido em três grandes blocos temáticos: Gestão em Saúde; Vigilância em Saúde; e Educação em Saúde. Uma das atividades previstas no bloco de educação em saúde é a utilização de recursos educacionais - como a plataforma “Telessaúde”.

O referido estágio se desenvolveu no momento histórico da publicação da resolução 2227/18 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que se propunha atualizar a regulamentação do exercício da telemedicina e da teleassistência médica, uma vez que sua última publicação foi realizada no ano de 2002. Uma das novidades e motivo de grandes controvérsias foi a autorização da modalidade de teleconsulta. Segundo o Conselho Federal de Medicina, a teleconsulta é a consulta médica remota, mediada por tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos (CFM, 2018).

Os acadêmicos, instigados pela grande repercussão do assunto nas redes sociais e na mídia, trouxeram o debate para a sala de aula, fundamentando suas opiniões com argumentos superficiais, baseados principalmente na visão midiática e em opiniões. Essa característica compreende o perfil do leitor contemporâneo, que garimpa superficialmente a informação relevante, mas não constrói uma compreensão aprofundada sobre o assunto (CARR, 2011). Numa rápida enquete realizada no início da discussão, do total de 15 acadêmicos, 13 se posicionaram contrários à decisão do CFM quanto à liberação da teleconsulta, e apenas 2 se mostraram favoráveis.

Frente à oportunidade de enriquecimento da discussão, foi proposto um júri simulado sobre o tema, tendo em vista o potencial que essa ferramenta apresenta para o desenvolvimento de um saber reflexivo e crítico, através da construção

argumentativa e do uso da criatividade (REAL; MENEZES, 2007). Inicialmente a proposta foi recebida com pouco interesse por metade dos alunos (7). Apesar das ressalvas, deliberou-se pela realização da atividade proposta, objetivando-se, além da apropriação da temática, a percepção da importância das metodologias ativas no processo de aprendizagem.

Para tal, os alunos foram divididos em 3 grupos de cinco alunos cada um – composto pelo grupo de defesa pela implementação da resolução; grupo de acusação, contrário à implementação; e grupo do corpo de jurados, seguindo a proposta de Mendes (2017), sem a utilização de testemunhas em função do tema proposto. A divisão dos grupos foi realizada de maneira aleatória, desconsiderando as opiniões iniciais de cada aluno, justamente para que eles pudessem ser confrontados com uma argumentação contrária à sua opinião inicial. Os grupos receberam a resolução em questão e artigos científicos relacionados, e foram orientados a buscar, dentro do prazo de quatro semanas, argumentos com base científica para o julgamento simulado, que partissem de experiências nacionais e internacionais em teleconsulta e que considerassem o contexto nacional e interesses públicos e privados.

Chegado o dia do júri simulado, a sala de aula foi organizada de modo que simulasse um ambiente de tribunal. O professor assumiu o papel de juiz, para coordenar o júri e intervir quando necessário e, após um breve resumo das regras e funcionamento do júri simulado, deu início à dinâmica. A primeira etapa foi composta por 5 minutos de exposição dos grupos de defesa e acusação, para apresentação de seus argumentos iniciais. Posteriormente, começaram as rodadas de perguntas, nas quais cada grupo (defesa e acusação) pôde fazer três perguntas para o grupo oponente, totalizando 6 perguntas. Cada grupo utilizou até 3 minutos para, objetivamente, responder cada pergunta; seguidos por réplicas e tréplicas, cada uma delas com o tempo de 3 minutos. A terceira etapa constituiu-se de perguntas realizadas pelo corpo de jurados e direcionadas aos dois grupos, para esclarecimentos de pontos de vistas conflitantes observados durante o debate.

Os principais pontos debatidos foram quanto à eficácia, segurança do paciente, riscos, benefícios, experiências de outros países, modalidades, possibilidades de uso no sistema de saúde brasileiro, relação público-privado, conectividade e regulação.

Após a discussão, o corpo de jurados se reuniu, em regime fechado, por 10 minutos, e apresentou seu veredito final. A decisão dos jurados foi unânime, em favor

do grupo que defendeu a implementação da teleconsulta, baseada na consistência argumentativa apresentada e demonstração de experiências exitosas com a teleconsulta em outros países, atestando o benefício e segurança da atividade na atenção à saúde, com base em evidências. Em contrapartida, na análise do corpo de jurados, o grupo de acusação não trouxe elementos concretos, utilizando argumentos oriundos das redes sociais e apelos emocionais, sem embasamento teórico, e ainda uma visão corporativista de proteção de mercado, alheia aos possíveis benefícios para a população.

Finalmente, após a finalização do júri simulado, houve uma nova enquete, nos quais os acadêmicos puderam novamente se posicionar, de forma sigilosa, quanto à resolução n. 2227/18 proposta pelo Conselho Federal de Medicina, mais especificamente sobre o uso médico da teleconsulta. O resultado está exposto na tabela 01.

Tabela 01. Opinião dos acadêmicos quanto à implementação da teleconsulta, da resolução CFM 2227/18.

	Alunos favoráveis	Alunos contrários
Antes do júri simulado	2	13
Após o júri simulado	13	2

Fonte: Elaboração própria.

4. CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA

A experiência de utilização do júri simulado, desenvolvida na disciplina do Internato de Saúde Coletiva, trouxe algumas reflexões e resultados importantes. O primeiro aspecto que mais chama atenção, sob o ponto de vista pedagógico, independente do veredito final emitido pelo corpo de jurados, foi a mudança de opinião por parte dos acadêmicos quanto ao possível uso da teleconsulta como ferramenta de comunicação e atenção ao paciente.

Nesse sentido, a mudança, aqui, tem relação direta com o aprendizado. O ponto de partida da grande maioria dos estudantes eram informações vindas de redes sociais. O caminho da leitura, reflexão, estruturação das ideias, argumentação, debate, nova reflexão, e criação de certa intersubjetividade do grupo acerca do tema teleconsulta, levou ao ponto de chegada, de opinião crítica estruturada com base em conhecimento científico.

Assim, a dinâmica do júri simulado favoreceu o desenvolvimento do maior objetivo das metodologias ativas, que converge para a aprendizagem significativa, a partir do protagonismo dos alunos para uma visão crítica, trabalho em equipe, cooperação, criatividade e habilidade em resolver problemas (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017). Ao se sentirem responsáveis pela construção do conhecimento, os discentes contribuem para a constituição gradativa de sua autonomia, assumindo o papel de agentes no seu processo de aprendizagem (BERBEL, 2011). A necessidade de desenvolvimento de senso crítico, organização de ideias, capacidade argumentativa e discussão com pares torna o júri simulado uma metodologia mais promissora, quanto ao processo de aprendizagem, do que as metodologias tradicionais, que se apoiam na simples transmissão de conhecimento.

Em se tratando de educação médica, a pirâmide do processo de aprendizado tem em sua base o domínio cognitivo e, no topo, o domínio psicomotor. Para se chegar ao topo, o aluno deve aliar a teoria ao conhecimento de como aplicá-la, para que em seguida ele consiga demonstrar (ensinar) e, por fim, executar, ou seja, estar apto a aplicar o conhecimento teórico na vida real (MILLER, 1990). O processo de aquisição do conhecimento para construir o júri simulado passa pelas duas primeiras etapas. O momento do júri, com suas discussões e argumentação verbal, forma a terceira etapa, criando condições materiais para que o aluno se sinta preparado a aplicar este conhecimento na vida real - o que evidencia um aprendizado significativo.

Questões adicionais como a urgência de refletir sobre a realidade sanitária brasileira, bem como do seu sistema de saúde, foram ganhos complementares à realização da atividade. A necessidade de contextualização da temática no âmbito da discussão e, principalmente, para a argumentação, gera terreno fértil para criação de nexos e relações com outras temáticas, potencializando a visão crítica e desfragmentando o conhecimento.

Além disso, o trabalho colaborativo em equipe e a habilidade de comunicação, desenvolvidos na atividade do júri simulado, são competências necessárias para a prática médica, previstas nas DCN (BRASIL, 2014).

A conclusão de professores e alunos que participaram da atividade é que houve notória curva ascendente de aprendizado, ratificando a importância do aprofundamento teórico e educação permanente de temas e conteúdos relacionados à prática médica. Como síntese avaliativa, a metodologia propiciou educação crítica,

reflexiva e comprometida com a transformação social, reforçando as recomendações das DCN (2014), no sentido do uso de metodologias ativas e centralidade do aluno no processo de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. (orgs.). **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3. ed. Joinville: Univille, 2004.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- CARR, N. **A geração superficial**: o que a internet está fazendo com os nossos cérebros. Tradução de Mônica Gagliotti Fortunato Friaça. Rio de Janeiro: Agir, 2011. 312 p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM 2227/2018**. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Brasília, 2018.
- 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. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.
- DIESEL, A.; BALDEZ, A. L. S.; MARTINS, S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, v. 14, n. 1, p. 268-288, 2017.
- MENDES, A. A. Aceitação do júri simulado como estratégia didática no curso de pedagogia. In: EDUCERE, **XIII Congresso Nacional de Educação**. Curitiba, 2017.
- MILLER, G. E. The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. **Academic Medicine**, v. 65, n. 9, p. 63-67, 1990.
- MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.
- REAL, L. M. C.; MENEZES, C. Júri simulado: possibilidade de construção de conhecimento a partir de interações em um grupo. In: NEVADO, R.A.; CARVALHO, M.J.S.; MENEZES, C.S. (Org.). **Aprendizagem em rede na Educação a Distância**: estudos e recursos para formação de professores. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2007.
- SAVARIS, P. K. *et al.* Julgamento simulado como estratégia de ensino da ética médica. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 150-157, 2013.

CAPÍTULO 08

METODOLOGIA ATIVA: UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Felipe Arão Nunes

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: felipearaonunes@hotmail.com

Fernanda Koehler dos Santos

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: frndakoehler@gmail.com

Luciana dos Santos Celia Fossari

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho e professora do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: luciana.fossari@univali.br

Mateus Henrique Hornburg de Paula

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: mateushornburg@hotmail.com

Raiane Suzana Gaiki

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: raianesgaiki@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Com o intuito de inserir o aluno como protagonista do seu próprio aprendizado, a metodologia ativa é uma ferramenta que surge como estratégia de ensino para facilitar a aprendizagem. O método, em todas as suas instâncias, compreende contextos de incertezas, questionamentos da informação, autonomia para a resolução de problemas complexos, reflexões, convivência com a diversidade e participação ativa dos estudantes. Além disso, faz com que a flexibilidade cognitiva seja estimulada, possibilitando a capacidade de alternar e realizar tarefas distintas (BACICH; MORAN, 2018). Uma vez que propicia a autonomia, essa metodologia é capaz de empoderar os discentes, apropriando-os do seu próprio saber.

Para que a metodologia ativa seja eficaz em sua execução, é necessário e fundamental o papel do professor como orientador desse processo e também da universidade como provedora para que a atividade ocorra. Isso vai ao encontro do que as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecem.

Dessa forma, o método pode ser empregado em diferentes assuntos e áreas, tanto a nível escolar como acadêmico. Na disciplina de Pediatria de uma universidade de Santa Catarina, acadêmicos do quinto período de Medicina são convidados a participar de uma aula com o tema “doença celíaca” sob essa nova forma de aprendizagem, tendo o estudante a experiência de se portar como um celíaco, aquele que tem restrição ao glúten. Com a atividade, além de facilitar o entendimento da doença, reflexões são criadas por meio da experimentação, destacando a importância e o impacto que a metodologia ativa é capaz de provocar.

2. CONCEITO

De acordo com Bacich e Moran (2018), o método ativo de aprendizagem é caracterizado pela inter-relação entre educação, cultura, sociedade, política e escola, sendo desenvolvido por meio de métodos ativos e criativos, centrados na atividade do aluno com a intenção de propiciar a aprendizagem. Essa concepção pedagógica compõe o movimento Escola Nova e rompe com o modelo de metodologias tradicionais ao transferir a ênfase do ensino para a aprendizagem. Dessa forma, o aluno desloca-se da posição passiva para a ativa e torna-se protagonista do seu processo de conhecimento (BES *et al.*, 2019).

Nesse sentido, para que esse novo método se instale, é necessário considerar os fatores que colaboram para a configuração de um processo inovador. O professor

deve ser capacitado para criar estratégias e condições de um ambiente interativo e com maior proximidade de uma situação real. É imprescindível, também, compreender a função social da universidade, os objetivos e resultados propostos através do ensino. No cenário do curso de medicina, por exemplo, objetiva-se graduar um médico com formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, tendo como referência a integralidade em sua prática.

Assim, o sistema tradicional, fundamentado na transmissão de informações, com a finalidade de acumular conhecimentos teóricos e aplicar no futuro, como em estágios ou mesmo no exercício da profissão, vai de encontro com a estrutura dinâmica contemporânea (FAVA, 2016).

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Doença celíaca (DC) é definida como uma doença crônica multissistêmica imunomediada, que afeta o intestino delgado de pessoas geneticamente suscetíveis, provocada pela exposição ao glúten e às prolaminas relacionadas, presentes no trigo, cevada e centeio e na aveia por contaminação, gerando manifestações intestinais e sistêmicas. (AL-TOMA *et al.*, 2019; HUSBY *et al.*, 2012). Sua prevalência na população em geral é de 1,4 % e varia de acordo com o sexo, idade e localização geográfica. (SINGH *et al.*, 2018).

O principal tratamento para DC é a dieta permanente e definitiva isenta de glúten. Embora pareça simples seguir a dieta de exclusão, na prática ocorre uma mudança radical dos hábitos alimentares e de vida do celíaco. Isso exige cuidar com a presença do glúten no alimento, bem como a possível contaminação cruzada, que pode ocorrer desde a linha de produção ao preparo do alimento, até aos produtos do dia a dia, como remédios e cosméticos. Esta série de mudanças levam a dificuldades na adesão e na manutenção por parte do paciente ao tratamento (SDEPANIAN; MORAIS; FAGUNDES-NETO, 1999; BESSA, 2020).

No quinto período do curso de Medicina de uma universidade de Santa Catarina, os alunos vivenciam uma aula diferenciada na disciplina de Pediatria. Ao introduzir o tema “Doença Celíaca”, o docente oferece não só uma abordagem expositiva do conteúdo, como também um processo experiencial no qual os alunos são colocados na posição de pessoas celíacas. No início da aula, os alunos organizam a sala estruturando suas carteiras em roda e dispendo à frente do ambiente uma mesa

específica para a alocação dos alimentos. Em seguida, o docente os traz, e os posiciona, juntamente com talheres e pratos, de maneira visível a todos. Na mesa há, em ordem pré-estabelecida, primeiramente bolo sem glúten, seguido por pão francês, cuca, queijo, presunto, manteiga, pão de forma, bolo sem glúten, café e suco. Os alimentos ficam identificados quanto à sua composição. Todos os itens são cortados com a mesma faca, e, como o segundo alimento contém glúten, toda a sequência é contaminada. Portanto, os únicos itens não contaminados são o primeiro bolo e as bebidas. Posteriormente, os alunos são orientados a tomar o café da manhã como se fossem pessoas celíacas. Em seguida, relatam o que poderiam ou não comer, caso fossem portadores da doença. Após a discussão entre todos, inicia a exposição do tema “Doença Celíaca”, na qual o docente aborda definição, epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento, além de enfatizar o aspecto biopsicossocial que acompanha a doença. Questões como quais alimentos podem ser consumidos ou devem ser evitados, como ocorre e a qual importância da contaminação cruzada com glúten são abordados entre a classe. Frente a esses desafios, são buscadas soluções de como lidar e abordar tais situações.

4. APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS COMO FORMA DE AVALIAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS

A aprendizagem baseada em problemas (ABP) é uma proposta pedagógica fundamentada em metodologias ativas. Os discentes, ao buscarem solução para problemas e situações, recorrem aos conhecimentos previamente obtidos, discutem e estudam, o que proporciona a retenção de novo conhecimento. Pode-se avaliar a eficácia positiva dos métodos de ensino com participação ativa através de estudos que avaliaram o método ABP. (DE CARVALHO BORGES *et al.*, 2014).

Em revisão que avaliou 10 estudos comparando a utilização da aprendizagem baseada em problemas com o currículo tradicional, na formação médica, os autores perceberam que, de forma geral, os desfechos dos cursos com o primeiro método são mais positivos. Destes estudos, apenas dois concluíram que os resultados da ABP foram inferiores. Em relação aos desfechos positivos, percebeu-se que os alunos foram mais bem avaliados por seus supervisores e se sentiram mais bem preparados quando o método de ensino envolveu aprendizagem baseada em problemas. Quesitos relacionados à promoção de saúde, prevenção de doenças, e compreensão da articulação entre hospitais e atenção primária apresentaram desfechos mais

positivos com ABP. Com relação à competência técnica, o método apresentou vantagem, em mais de um dos estudos avaliados, em aspectos como realização de sutura, uso de eletrocardiograma, realização de história clínica, diagnóstico e prescrição, e compreensão de bases da medicina baseada em evidências (GOMES *et al.*, 2009).

Em outra revisão sistemática, apesar de ter demonstrado autoavaliação dos alunos inferior no quesito conhecimento médico, a metodologia ativa mostrou efeitos positivos na competência médica após a graduação, particularmente nas dimensões cognitiva e, principalmente, social. Este estudo mostrou que métodos de ABP foram superiores para diversas habilidades, entre elas: valorização de aspectos sociais e emocionais no cuidado, aspectos éticos e legais, continuidade do cuidado, habilidades diagnósticas, habilidades de comunicação, e responsabilidade ou confiabilidade (KOH *et al.*, 2008).

5. BENEFÍCIOS E DESAFIOS

A resolução número 03 de 20/06/2014 do Ministério da Educação se mostrou um passo desafiador às escolas médicas ao instituir novas Diretrizes Curriculares Nacionais aos cursos de graduação em medicina. Entre os seus diversos capítulos e artigos, as diretrizes deixam clara a importância de considerar as metodologias ativas no processo educacional médico. No artigo 26, do capítulo 3, a resolução enfatiza que o projeto pedagógico deve ter como objetivos o aluno como sujeito da aprendizagem e o professor como facilitador e mediador deste processo. E complementando essa ideia, os itens II e IV do artigo 29 do mesmo capítulo sugerem que as escolas médicas utilizem metodologias que possam privilegiar a participação ativa deste aluno, buscando integrar diversas dimensões humanas (biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, entre outras) na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos (BRASIL, 2020).

Portanto, frente a este cenário de transformação didática sugerida pelas diretrizes, conclui-se que as instituições de ensino devem estar em sintonia com os benefícios que a aplicação de metodologias ativas na construção educacional médica pode trazer. Cabe, portanto, às escolas de medicina de nosso país, a opção de encarar este desafio como uma oportunidade de crescimento aos seus alunos, seus professores e a sua própria instituição.

Ainda que com poucos estudos sobre, as metodologias ativas detêm uma infinidade de benefícios tanto para docentes quanto para discentes, como o desenvolvimento da autonomia do estudante, a dissociação com o modelo tradicional de ensino, o trabalho em equipe, a integração entre teoria e prática de uma forma mais coesa, o desenvolvimento de uma visão crítica da realidade e a eliminação de eventuais efeitos colaterais causados pela educação clássica tradicional (PAIVA *et al.*, 2016).

Mesmo com inúmeros benefícios, executar uma metodologia ativa é um enorme desafio, uma vez que grande parte do ensino médico brasileiro ainda se sustenta no caráter unicamente informativo. Há a predominância de transmissão rápida de conhecimentos centrada na figura do professor, cabendo ao aluno o papel de receptor das informações veiculadas nas diferentes disciplinas (CARABETTA JÚNIOR, 2016).

Portanto, frente a esta estrutura educacional rígida e consolidada, o sucesso na transformação didática de uma construção de conhecimento começa primeiramente quando tenta-se ampliar o eixo clássico professor-conhecimento-aluno. Precisa-se deslocar o foco da simples reprodução de conhecimento para o desenvolvimento de competências e habilidades, caminhando juntamente à criação de situações que incentivem constantemente o pensamento dos alunos, cabendo ao professor o papel de estimulador da inteligência coletiva (CARABETTA JÚNIOR, 2016; LÉVY, 1999).

Para este docente, é necessário a conscientização de que o mesmo é o mediador dessa construção do conhecimento. Portanto, deve dispor de uma pedagogia que amplie a estrutura cognitiva prévia dos alunos, assimilando esta a novos conhecimentos, para que assim haja um processo de significação do que está sendo aprendido, modificando a estrutura de aquisição de informações de forma permanente (CARABETTA JÚNIOR, 2016).

6. CONCLUSÃO

Ao refletir sobre todas as camadas que englobam o processo de metodologias ativas, constata-se inúmeros desafios na execução das mesmas por parte de alunos, professores e instituições. Para isso, há a necessidade da mudança do sistema tradicional de ensino, de garantir a formação do profissional educador e de abordar o conhecimento de forma integral e diferenciada. Há, ainda, a urgência de

compreender que a construção do conhecimento é um processo totalmente dotado de significado e emoção, tanto para professores quanto para alunos (CARABETTA JÚNIOR, 2016; PAIVA *et al.*, 2016).

Dessa forma, a experiência relatada se mostra enriquecedora e desafiadora, uma vez que os acadêmicos inseridos neste cenário são protagonistas de uma forma de aprendizado alternativa. Frente a isso, recomendamos que as metodologias ativas sejam disseminadas entre as mais diversas disciplinas, uma vez que estas possibilitam a transformação de aulas em experiências de aprendizagem mais vivas e significativas.

REFERÊNCIAS

- AL-TOMA, A. *et al.* European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders. **United European gastroenterology journal**, v. 7, n. 5, p. 583-613, 2019.
- BACICH, L.; MORAN, J. **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática**. Porto Alegre: Penso, 2018. 401 p.
- BES, P. *et al.* **Metodologias para Aprendizagem Ativa**. Porto Alegre: SAGAH, 2019.
- BESSA, C. C. *et al.* Controle De Saúde De Celíacos: Análise Segundo O Modelo De Promoção Da Saúde De Pender. **Texto contexto - enferm.**, v. 29, e20180420, 2020.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n 03 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- CARABETTA JÚNIOR, V. Metodologia ativa na educação médica. **Revista de Medicina**, v. 95, n. 3, p. 113-121, 2016.
- DE CARVALHO BORGES, M. *et al.* Aprendizado baseado em problemas. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 47, n. 3, p. 301-307, 2014.
- FAVA; R **Educação para o Século XXI: A Era do Indivíduo Digital**. São Paulo: Saraiva, 2016.
- GOMES, R. *et al.* Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista brasileira de educação médica**, v. 33, n. 3, p. 433-440, 2009.
- HUSBY, S. *et al.* European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 54, n. 1, p. 136-160, 2012.
- KOH, G. C. *et al.* The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. **Cmaj**, v. 178, n. 1, p. 34-41, 2008.
- LÉVY, P. **Cibercultura**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- PAIVA, M. R. F. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, p. 145-153, 2016.
- SINGH, P. *et al.* Global prevalence of celiac disease: systematic review and meta-analysis. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 16, n. 6, p. 823-836.e2, 2018.
- SDEPANIAN, V. L.; MORAIS, M. B.; FAGUNDES-NETO, U. Doença celíaca: a evolução dos conhecimentos desde sua centenária descrição original até os dias atuais. **Arq. Gastroenterol.**, v. 36, n. 4, p. 244-257, 1999.

CAPÍTULO 09

TESTE DE PROGRESSO: AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Ademir Garcia Reberti

Mestre em Saúde e Meio Ambiente. Professor titular e Coordenador do Núcleo de Ginecologia na Universidade da Região de Joinville.

E-mail: agrebert@terra.com.br

Amanda Alves Santos

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: medamandaalves@gmail.com

Izabella Cristina Cordeiro

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: izabellaccordeiro@gmail.com

Letícia Dall'Agnol

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: leticiadallagnol2@gmail.com

Lívia de Aragon Arias

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: ariaslivia@gmail.com

Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: leonardooliviera@univali.br

1. INTRODUÇÃO

O Teste de Progresso (TP) é um modelo de avaliação longitudinal, que tem por objetivo verificar o desenvolvimento dos estudantes à medida que evoluem durante a graduação. Sabe-se que a avaliação é importante no processo de educação, uma vez que permite identificar as dificuldades e potencialidades dos estudantes. Neste sentido, o TP oferece uma visão geral do desempenho cognitivo dos acadêmicos nas diversas áreas de conhecimento do curso, possibilitando um melhor planejamento das ferramentas didáticas (BORGES *et al.*, 2014).

Com sua origem na década de 1970, o TP foi introduzido nos cursos de Medicina, primariamente na Universidade de Missouri, nos Estados Unidos e na Universidade de Limburg, na Holanda (atualmente Universidade de Maastricht) e, desde então, vem sendo cada vez mais utilizado pelas universidades em todo o mundo (BALDIM; VICENTE; ARCURI, 2018). No Brasil, a primeira experiência foi realizada na Universidade Estadual de Londrina, em 1998 e, atualmente, o TP vem sendo aplicado em algumas escolas médicas brasileiras.

Nas escolas médicas que o adotaram ele é realizado anualmente e utilizado como uma grande ferramenta de apuração e refinamento do “case” curricular. Para estas instituições, observar uma progressão ascendente do desenvolvimento cognitivo dos estudantes durante toda a graduação é o esperado, por isso é aplicado do 1º ao 12º período (BALDIM; VICENTE; ARCURI, 2018). Espera-se que os estudantes do último ano obtenham escores de 70-80 % para que se considerem os resultados como adequados (BICUDO *et al.*, 2019). Contudo esse não é considerado um critério de avaliação individual dos estudantes com a finalidade de aprovação ou promoção nas séries acadêmicas (SAKAI *et al.*, 2008). E ainda, há uma discussão quanto à possibilidade de verificação das habilidades e atitudes, que são outras duas dimensões importantes, no campo dos processos de aprendizagem na formação do acadêmico e futuro médico (DEMUTH *et al.*, 2018).

A utilização do Teste de Progresso como ferramenta de avaliação nas escolas médicas não deve representar a única fonte de avaliação institucional, pois a natureza complexa de uma instituição de ensino superior, com o envolvimento de docentes, discentes e profissionais técnico-administrativos, exige uma avaliação múltipla, com avaliadores internos e externos (PINHEIRO *et al.*, 2015).

Enquanto avaliação externa, destaca-se no Brasil o papel do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), criado pela Lei nº 10.861, de 14 de abril

de 2004, e que promove a avaliação das instituições, dos cursos e, assim como no Teste de Progresso, do desempenho dos estudantes. Tendo em vista que a avaliação do desempenho dos estudantes pelo Sinaes é feita por meio do Exame Nacional do Desempenho do Estudante (Enade), realizado trienalmente, é importante que a IES possua mecanismos próprios de acompanhamento do desempenho do estudante em intervalos mais curtos (PINHEIRO *et al.*, 2015). Diversas IES têm usado o Teste de Progresso com estes objetivos, inclusive com implantação desta modalidade de avaliação antes do início dos trabalhos realizados pelo Sinaes (PINHEIRO *et al.*, 2015).

2. TEPMED X ENADE: QUAL A DIFERENÇA?

O ENADE é aplicado aos alunos do primeiro e do último ano de graduação, atualmente é componente curricular obrigatório aos cursos e aos alunos selecionados, tendo como objetivo avaliar o desempenho dos estudantes e traçar um panorama da qualidade dos cursos de graduação e das Instituições de Ensino Superior Brasileiro (FELDMANN; SOUZA, 2016).

Apesar de ambas as avaliações (ENADE e TP) utilizarem do mesmo método avaliativo, por serem provas de múltipla escolha aplicadas aos estudantes do ensino superior, apresentam fins distintos, visto que o ENADE produz principalmente efeitos de regulação, em oposição aos efeitos de formação (FELDMANN; SOUZA, 2016), que são majoritariamente vistos no Teste Progresso.

Uma vez que o ENADE é uma avaliação trienal, não permite o acompanhamento real do ganho de conhecimento do estudante ao longo de sua trajetória no curso (FRAUCHES, 2010). Nesta perspectiva, o caráter formativo torna-se falho, visto que em cursos com duração diferente de 3 anos os indivíduos que realizam o exame no início e ao final do curso não serão os mesmos (FELDMANN; SOUZA, 2016).

Já o TP, por ser um exame aplicado anualmente, possibilita ao acadêmico um acompanhamento de sua evolução de conhecimento na área estudada, podendo identificar ao longo dos exames suas fragilidades e fortalezas, para que a partir de seus resultados possa buscar mais conhecimentos nas áreas que se perceba carente, sendo assim, uma ferramenta autoavaliativa de fundamental importância (BALDIM; VICENTE; ARCURI, 2018).

Para os estudantes com melhor desempenho no ENADE, o Ministério da Educação confere a possibilidade de recompensas como bolsas de estudo ou auxílios específicos destinados a favorecer a excelência e continuidade dos estudos (BRASIL, 2013). Assim, estimula-se os alunos para que tenham um bom resultado no exame, valorizando os “produtos”, em oposição aos “processos”, e há um desvio na avaliação da trajetória da formação médica (FELDMANN; SOUZA, 2016).

Enquanto o ENADE apresenta como benefício a análise, regulação e ranqueamento da qualidade dos cursos prestados pelas Instituições de Ensino Superior (IES), o TP, além desses benefícios às universidades, excetuando-se o ranqueamento, traz ganhos aos alunos e docentes que o realizam, possibilitando aos professores, alunos e universidades a melhoria da forma de estudar, aprender, ensinar e testar os conhecimentos adquiridos, criando um ambiente propício para o desenvolvimento de suas habilidades.

Para a construção das questões do TP, ocorre um processo de capacitação para os docentes, com oficinas específicas e intercâmbio de conhecimento entre os participantes. Observa-se o início de um processo de colaboração, não apenas para o Teste de Progresso, e sim, a construção de uma relação interinstitucional de trocas e aprendizados (BICUDO *et al.*, 2019). Há um ganho de conhecimento voltado tanto para a confecção de questões de alta qualidade, quanto para a técnica didática dos professores, fato que se difere do ENADE, uma vez que a confecção desse teste não possibilita a integração de diferentes profissionais para a construção da prova e, consequentemente, não há o ganho secundário obtido com as oficinas do TP.

3. A PARTICIPAÇÃO DA ESCOLA E A CONSTRUÇÃO DA PROVA

Em 2015 a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), a partir de um movimento de estímulo para que as escolas médicas de todo o país, de modo interinstitucional, desenvolvessem o exame, realizou uma prova a nível nacional em 30 de setembro do mesmo ano (BICUDO *et al.*, 2019). No entanto, algumas parcerias entre as escolas médicas para a realização do TP já aconteciam. O Núcleo de Apoio Pedagógico Interinstitucional Sul II (Napisul-II) é uma destas parcerias criadas no ano de 2010 entre escolas médicas do Paraná e Santa Catarina. As escolas médicas de Santa Catarina (SC) e Paraná (PR) pertencem à Regional da Associação Brasileira de Educação Médica SUL II.

Os componentes desta Associação, preocupados com a excelência da educação médica, decidiram implantar um processo de avaliação cognitiva e para isto criaram em agosto de 2010 o Núcleo de Apoio Pedagógico Interinstitucional Sul II (NAPISUL II) - tendo este núcleo o objetivo de formular e implementar o Teste de Progresso de Medicina nesta regional.

A construção dos itens desse Teste é baseada nas diretrizes nacionais para o curso de medicina e nas matrizes de referência de conteúdos para cada uma das grandes áreas da prova: Ciências Básicas, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva. A partir destas matrizes, cada Instituição deve formular dez questões, com quatro alternativas, de cada área, com todo o rigor pedagógico para a formulação de itens.

No início do ano letivo, os representantes de cada grande área, de cada instituição, reúnem-se, geralmente em Curitiba ou Florianópolis, para escolherem os melhores itens que comporão as questões da prova final. Os itens escolhidos são enviados a um avaliador externo, que escolhe, formata e analisa as 120 questões da prova que será aplicada.

A partir da interação dos coordenadores/professores de cada grande área das diferentes instituições é possível gerar uma discussão a respeito dos temas mais relevantes, o que possibilita desenvolver habilidades de formulação de itens/questões pedagogicamente coerentes, melhorando a qualidade da avaliação. Ademais, possibilita trocas de experiências pedagógicas e esta interação resulta na adequação do conteúdo que é abordado em cada disciplina nas diferentes escolas.

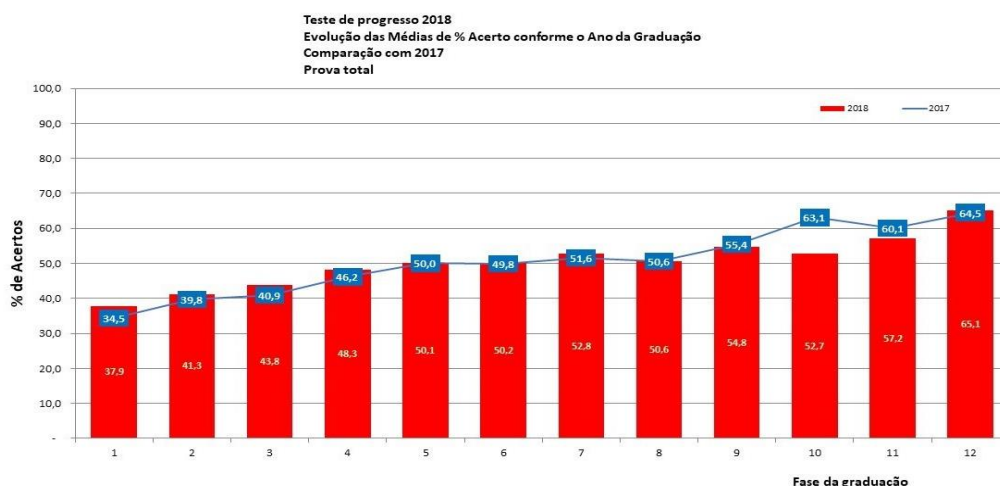
4. POSSIBILIDADES E PERSPECTIVAS

A análise dos resultados do TP é realizada utilizando métodos estatísticos e psicométricos: da Teoria Clássica dos Itens (TCT) e da Teoria de Resposta ao Item (TRI). No caso dos TP interinstitucionais, o aluno, além de avaliar seu score e o de sua instituição, também receberá os scores de outras instituições. A partir dos resultados obtidos as universidades poderão construir curvas de desempenho que auxiliarão na percepção das deficiências e excelências em cada área do conhecimento e fases do curso, que, se associadas às outras formas de avaliação, permitirão o aperfeiçoamento dos métodos de ensino-aprendizagem (BALDIM; VICENTE; ARCURI, 2018).

Muitos se perguntam por que uma prova concebida para alunos do último ano é aplicada para todos os períodos ou fases do curso. Mas para ilustrar esse questionamento cabe observar a imagem abaixo.

Esta figura apresenta um dos gráficos gerados a partir da análise dos resultados comparados entre o ano de realização da prova e um ano anterior, apontando a porcentagem de acertos por fase do curso.

Figura 1 - Evolução das Médias de % Acerto conforme Ano de Graduação



Fonte: Os autores.

O teste afere a evolução da aquisição de um grupo delimitado de objetivos de aprendizagem. Tais objetivos solicitam no teste o conjunto de conhecimentos e habilidades mínimos necessários para um formando. É possível, por exemplo identificar a porcentagem de acertos sobre determinado tema, em determinada fase do curso. E a partir dessa identificação, o corpo docente pode realizar discussões sobre a pertinência do tema em relação à formação desejada.

Da mesma forma, há a entrega do resultado individual para o aluno participante comparando os anos e as evoluções. Faz com que o aluno perceba o seu desenvolvimento cognitivo ao longo do curso, avaliando se a sua aquisição de conhecimento está sendo contínua e progressiva, e como esse conhecimento está sendo consolidado nas áreas básicas e clínicas da medicina, visto que a boa consolidação do conhecimento técnico é importante para o aproveitamento do internato e desenvolvimento profissional (VERHOEVEN *et al.*, 2005). Com a pontuação individual obtida no teste e com o score comparativo de desempenho,

permite-se que o próprio estudante seja capaz de reconhecer e corrigir suas falhas, estimulando assim sua capacidade reflexiva e auto avaliativa.

O teste também funciona como um instrumento de fundamental importância para o treinamento dos alunos, preparando-os para os processos seletivos como por exemplo as provas de residência médica e concursos dos quais esses estudantes, em sua grande maioria, participarão no decorrer de sua vida profissional (SAKAI *et al.*, 2008). Com a realização da avaliação, pode-se treinar o controle do tempo e concentração, e também avaliar sua familiaridade com os conteúdos cobrados e com o estilo de avaliação. Além disso, o Teste de Progresso é uma ferramenta que quebra o tão comum e empobrecido direcionamento do estudo apenas para avaliações teóricas pontuais de cada disciplina, incentivando em contrapartida um aprendizado global e aplicado à prática (ALBANESE *et al.*, 2016).

No momento vários programas de Residência Médica têm considerado a participação no TP, e o desempenho do aluno, como passíveis de pontuação na análise do *curriculum vitae*, tornando-se fonte de desempate entre os candidatos. Essa tendência deverá expandir nos próximos anos, principalmente em hospitais-escolas, aumentando a importância da realização e adesão do TP de forma séria e consistente (BALDIM; VICENTE; ARCURI, 2018).

Os estudantes de medicina têm mostrado cada vez mais interesse e adesão na realização do teste, no entanto, parte dos alunos consideram que as informações sobre a importância do TP, e maiores esclarecimentos quanto ao seu valor no treinamento para provas de Residência e pontuação neste, é insatisfatória, sendo uma importante limitação. Outra queixa dos alunos é sobre a qualidade das questões, que são consideradas pela maioria ruins ou regulares, em sua grande parte por considerarem as questões do TP distantes das questões das provas de Residência Médica, principalmente em sua forma (BALDIM; VICENTE; ARCURI, 2018).

5. CONCLUSÃO

Segundo esse contexto, entende-se o Teste de Progresso como um mecanismo benfeitor multilateral, construindo médicos, docentes e instituições cada vez mais engajados e melhores. Com a realização do teste há o diagnóstico das excelências e deficiências da formação médica a nível individual e institucional. É uma avaliação cognitiva que verifica se o ganho de conhecimento por parte do estudante

está sendo contínuo e progressivo, e como o conhecimento está sendo elaborado e consolidado nas áreas básicas e clínicas.

Atualmente, com a possibilidade de consórcios interinstitucionais, em que a parceria entre as escolas pode contribuir para a confecção de questões de alta qualidade, e a utilização do escore no *curriculum vitae*, o teste de progresso se faz importante ferramenta para atingir uma melhor avaliação longitudinal do ensino médico brasileiro. Mas para que essa ferramenta seja realmente para uso na gestão acadêmica, é importante que as instituições assumam um papel ativo não apenas na elaboração destes Testes, mas também na amplificação da utilização da análise dos resultados.

REFERÊNCIAS

- ALBANESE, M. *et al.* Progress testing: critical analysis and suggested practices. **Adv in Health Sci Educ**, v. 21, p. 221–234, 2016.
- BALDIM, T.L., VICENTE, C.A.O., ARCURI, M.B. O teste de progresso sob a visão do discente. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, v. 2, n. 1, p. 41-54, 2018.
- BICUDO, A. M. *et al.* Teste de Progresso em Consórcios para Todas as Escolas Médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 151–156, 2019.
- BORGES, M.C. *et al.* Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Med (Ribeirão Preto)**, n. 47, n. 3, p. 324-31, 2014.
- DEMUTH, R. H.; GOLD, J. G.; MAVIS, B. E.; *et al.* Progress on a New Kind of Progress Test: Assessing Medical Students' Clinical Skills, **Academic Medicine**, v. 93, n. 5, p. 724-728, 2018.
- FELDMANN, T.; SOUZA, O. A governamentalidade e o Exame Nacional de Desempenho De Estudantes - ENADE. **Avaliação (Campinas)**, v. 21, n. 3, p. 1017-1032, 2016.
- FRAUCHES, C. C. A Avaliação do ensino superior: obstáculos, desafios e oportunidades na gestão. In: COLOMBO, S. S.; CARDIM, P. A. G. (Orgs.). **Nos bastidores da educação brasileira: a gestão vista por dentro**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 133-146.
- PINHEIRO, O. L. *et al.* Teste de Progresso: uma Ferramenta Avaliativa para a Gestão Acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 68-78, 2015.
- SAKAI, M. H. *et al.* Teste de progresso e avaliação do curso: dez anos de experiência da medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 254–263, 2008.
- VERHOEVEN, B. H. *et al.* The versatility of progress testing assessed in an international context: A start for benchmarking global standardization? **Medical Teacher**, v. 27, n. 6, p. 514–520, 2005.

As vivências de extensão....

CAPÍTULO 10

A IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO DE EXTENSÃO “COMPETÊNCIAS COMUNICATIVAS EM INGLÊS NA ÁREA DA SAÚDE” – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luiza Tatiana Forte

Mestre em Educação. Diretora do departamento de cursos de extensão da Faculdade Pequeno Príncipe – FPP.

E-mail: tatiana.forte@fpp.edu.br

Luiz Felipe Thomaz Moreira

Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Pequeno Príncipe – FPP.

E-mail: felipethm@outlook.com

Sofia Santos Lima Figueiredo

Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pequeno Príncipe – FPP.

E-mail: sofiaslf@outlook.com

Amanda Lamóglia Bittencourt

Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pequeno Príncipe – FPP.

E-mail: al_bittencourt@outlook.com

Carolina Rodrigues Laranjeira Vilar

Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pequeno Príncipe – FPP.

E-mail: carolinavilar22@gmail.com

Ingridy de Souza Digner

Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pequeno Príncipe – FPP.

E-mail: ingridydigner@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

1.1 ELABORAÇÃO DO CURSO

A língua inglesa é um diferencial não somente na área da saúde. No contexto acadêmico, ela é utilizada não só na leitura de artigos científicos, bem como em atuações internacionais como congressos e estágios. Com essa perspectiva, associado à abertura do programa de intercâmbio internacional da IFMSA *Brazil* na Faculdade Pequeno Príncipe (FPP), o curso Competências Comunicativas Em Inglês na Área da Saúde surge como uma resposta à demanda, além da importância da língua estrangeira preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. Para tanto, um grupo de acadêmicos, em conjunto com a direção de cursos de extensão da FPP, elaborou o curso de extensão para alunos da área da saúde. O curso teve por objetivo criar oportunidade e contexto para que os estudantes pudessem aprender, treinar e fixar o vocabulário usado em ambiente de cuidado em saúde.

2. ESTRUTURA DO CURSO

O curso foi desenhado para acontecer durante um semestre letivo, distribuído em 15 encontros de 1 hora e 40 minutos. Estes encontros foram divididos em áreas da saúde, respeitando o seguinte critério: 2 aulas de propedêutica, 2 aulas de clínica cirúrgica, 2 aulas de pediatria, 1 aula de ginecologia, 1 aula de obstetrícia, 2 aulas de emergência, 2 aulas de atenção básica à saúde, 1 aula sobre pesquisa científica, 1 atividade prática apreciativa com *Objective Structured Clinical Examination*, (GUPTA; DEWAN; SINGH, 2010), e 1 aula de apreciação oral. Cada encontro foi dividido em dois momentos com objetivos específicos distintos. O primeiro, em pequenos grupos liderados por acadêmicos que elaboraram o curso, aplicando-se a metodologia de abordagem comunicativa.

A turma de estudantes foi dividida em 5 grupos não fixos e estes desenvolviam as atividades em ambientes separados no período de 40-50min, conduzidas por um acadêmico colaborador. Nesse primeiro momento, o grupo praticava as atividades da apostila com a metodologia “*Communicative Approach*”, Abordagem Comunicativa em tradução livre, elaborada por Harmer (1998). Já o segundo momento se deu através de aula expositiva que integrava todo o conteúdo e aplicava-o ao contexto profissional. Um profissional da área, ou com *expertise*, foi convidado a palestrar, permitindo aos

estudantes treinar a habilidade de compreensão. As atividades de OSCE e apresentação oral tiveram um formato diferente, mostrados a seguir.

3. METODOLOGIA DO CURSO

A escolha da metodologia foi baseada na necessidade de imersão do estudante no contexto aplicado à saúde especificamente, já que foi exigido que os estudantes extensionistas possuísem minimamente o nível intermediário (B1) em língua inglesa para iniciar o curso. Nesse contexto, a abordagem comunicativa se mostra efetiva no quesito da imersão contextual. A competência comunicativa leva em consideração a competência gramatical, o contexto sociolinguístico, a competência discursiva e estratégica de comunicação.

Sua aplicabilidade baseia-se em três etapas fundamentais: E.S.A. (*Engage, Study e Activate*), de acordo com a aplicação de Zardini e Barnabé (2013, p. 35-42): “Como Ensinar a Competência da Fala em Inglês”, tradução livre. A primeira consiste em ambientar o estudante ao contexto da aula, trazendo seu conhecimento prévio sobre o assunto para dentro da abordagem. A etapa seguinte consiste em demonstrar o uso do assunto da aula, sendo a parte cuja exposição ao novo conteúdo ou vocabulário é feita. A terceira etapa se dá pela aplicação do que foi aprendido na etapa anterior: o estudante tem a oportunidade de praticar a comunicação em um contexto profissional verossímil, por meio de simulação de conversas dos contextos pertinentes. Em outras palavras, o acadêmico colaborador introduzia um assunto para que os estudantes interagissem nos pequenos grupos, resultando em prática de novos vocabulários e aplicação em uma simulação clínica.

4. ELABORAÇÃO DAS APOSTILAS

Para o desenvolvimento das atividades em pequenos grupos, os acadêmicos colaboradores elaboraram uma apostila baseada na metodologia ESA. Na etapa *Engage* havia fotos sobre o assunto para que os estudantes pudessem interagir e se adaptar ao assunto da aula. Já na etapa seguinte, *Study*, havia o vocabulário novo com atividades a serem desenvolvidas. A última parte, *Activate*, trazia simulações que os estudantes deveriam performar em duplas, *Pair work*, seguindo as orientações da apostila. Para o desenvolvimento do conteúdo, os acadêmicos colaboradores fizeram estudos prévios do tema, bem como desenvolveram atividades únicas para cada aula,

ou seja, mesmo com uma estrutura definida (ESA), as aulas tinham abordagens distintas.

5. MÓDULOS TEMÁTICOS

O primeiro módulo do curso foi baseado nos princípios básicos de semiologia, abordando desde vocabulário até trabalho multidisciplinar e especialidades da saúde. Foram realizadas atividades da apostila focadas em anamnese e exame físico, praticadas através da técnica de *role-play*. Cada grupo desenvolveu uma simulação a partir de uma patologia sorteada, com o objetivo do companheiro decifrar qual a doença por meio da anamnese. O médico e o assistente estariam praticando a abordagem inicial, e o paciente o vocabulário, para descrever os sinais e sintomas das doenças.

As simulações dramatizadas têm se tornado cada vez mais prevalentes na formação médica por permitir aumento da autoconfiança - que, tratando-se de uma língua estrangeira, é uma competência importante (NEGRI *et al.*, 2017). E por oferecer a possibilidade de *feedback* pelo paciente simulado, enriquecendo o processo de ensino-aprendizagem, permitindo ao intérprete do paciente relatar problemas na comunicação, como a pronúncia do entrevistador (LIN *et al.*, 2013).

Outra habilidade que o curso se propôs a explorar foi a de relatar casos clínicos com termos técnicos. Neste contexto, os grupos expuseram um dos casos simulados para a turma, usando o vocabulário específico. Os demais alunos deveriam acertar a qual doença se referiam. Esse modelo de aprendizado foi repetido nos módulos temáticos consecutivos.

O módulo seguinte, de cirurgia, iniciou com um momento de conversação entre os alunos acerca dos motivos que podem levar um paciente a um centro cirúrgico. Além disso, houve uma dinâmica dos passos sequenciais da lavagem de mãos e paramentação cirúrgica, seguido de uma atividade de vocabulário acerca dos principais instrumentos cirúrgicos e suas funções. O vocabulário de exames laboratoriais e seus significados também foi abordado. Para aplicação dos novos termos, os alunos foram separados em duplas para utilizar expressões variadas que emitem opinião na prática médica, e o seu parceiro deveria continuar o diálogo concordando ou não com a afirmação inicial. Ademais, houve aula teórica acerca de técnica cirúrgica básica, além de uma explicação sobre postura acadêmica dentro de um ambiente cirúrgico no exterior, trazida por um profissional que atuou como

cirurgião. Dentro do módulo de cirurgia, foi proposto um exercício de escrita, no qual o aluno deveria fazer uma evolução de um caso relatado pelo colega, simulando um prontuário médico. Dessa forma, foram praticadas tanto a competência de compreensão da língua quanto de escrita.

Para ensino da língua inglesa na atenção à saúde da mulher, iniciamos o encontro com discussões em grupo sobre menarca, puberdade e visitas ginecológicas. Num segundo momento, ainda em grupos, foi realizada uma atividade colaborativa sobre as principais questões do atendimento à mulher. Dever-se-ia abordar, em inglês, as principais questões numa anamnese, relacionadas ao ciclo menstrual, atividade sexual, fertilidade, contracepção, rastreamentos e histórico obstétrico. Após a simulação, foi realizada atividade abordando o vocabulário específico, onde os termos deveriam ser ligados às suas respectivas descrições. O encontro foi finalizado com um momento de simulação interpares: cada dupla deveria compor um caso ginecológico, com os termos aprendidos, e simular uma anamnese ambulatorial.

O atendimento obstétrico foi abordado em outro encontro, iniciado com outra roda de conversa em pequenos grupos. Isto permitiu aos monitores identificar o conhecimento prévio dos estudantes acerca do assunto. Assim, a conversa foi conduzida para a atividade de vocabulário. Por fim, com base na evolução do vocabulário, os estudantes foram estimulados a utilizar os termos aprendidos através da solicitação de exames numa consulta de pré-natal e da simulação de um exame físico obstétrico.

A abordagem da pediatria englobou a puericultura e o calendário vacinal. Na puericultura, vimos termos-chave para a anamnese e exame físico na criança. Além disso, os conectivos de sequência em inglês foram revisados. O calendário vacinal foi apresentado em inglês, abordando os nomes de cada vacina e suas siglas. Seus esquemas de administração, local e idade foram citados. Para aplicação dos novos termos, pequenos grupos foram formados e deveriam responder questões sobre as doenças e suas respectivas vacinas, com auxílio dos monitores.

O módulo de emergências foi dividido em dois tempos: o primeiro focado na abordagem ao trauma e o segundo na parada cardiorrespiratória. Na abordagem ao trauma, foram revisados conceitos essenciais da avaliação primária. Discutiu-se o contexto de acidentes traumáticos em geral e o sobre o papel de pessoas leigas próximas aos acidentes. Com isso foi avaliado o vocabulário prévio dos estudantes, e

introduzidos os primeiros passos do suporte básico. Após a discussão inicial, foi desenvolvida a atividade de vocabulário, com o exercício de termos da sequência de atendimento ABCDE. Neste contexto, foram abordados mecanismos de trauma, sinais e sintomas importantes ao exame físico da vítima de trauma. Em seguida, os estudantes realizaram a simulação de atendimento a um paciente politraumatizado, devendo especificar o mecanismo de trauma, sinais e sintomas identificados e quais exames gostariam de solicitar. O atendimento em emergência foi complementado com discussões sobre o ambiente da sala de emergência, possíveis complicações e manejos desses pacientes.

O módulo de atenção primária foi contextualizado com casos clínicos de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, trazendo vocabulário acerca da epidemiologia, quadro clínico, fisiopatologia, diagnóstico, conduta, demais cuidados, educação em saúde e atuação da equipe multidisciplinar. Foi realizada, também, uma atividade de correlação entre a patologia e suas complicações, visando enriquecimento do vocabulário. No segundo momento, os alunos foram introduzidos ao método clínico centrado na pessoa (MCCP), parte da atuação da atenção primária, e tiveram que colocá-lo em prática com um colega, simulando um atendimento diante de patologias comuns da atenção primária e como seria a melhor forma de abordagem ao paciente. Tal atividade permitiu a prática de novos vocabulários e das habilidades de comunicação, compreensão e escrita.

6. OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION - OSCE

A ferramenta de avaliação *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) consiste na elaboração das estações de simulação clínica, com duração pré-definida e a presença de avaliadores com *checklists* pré-estabelecidos (FRANCO *et al.*, 2015). Essa metodologia é embasada na Pirâmide de Miller de Competência que subdivide e hierarquiza as competências em: saber o que é, saber como é, mostrar como é, e finalmente, em efetivar a ação proposta (GUPTA, DEWAN; SINGH, 2010).

Estando o curso pautado em abordagens ativas de ensino, pareceu justo a aplicação da OSCE para avaliação dos alunos e consolidação do conteúdo como um todo. Foram elaboradas duas estações espelhadas de 7 minutos (1 para leitura dos casos, 5 para realização da estação e 1 para *feedback* do avaliador). Foi feita uma seleção de 4 pacientes simulados, fluentes em inglês. Também foram necessários 4

monitores para avaliação e 1 monitor para cuidar do fluxo dos alunos entre as estações e o controle do tempo estimado.

Os conteúdos das estações e *checklists* foram elaborados pelos monitores, tendo em vista o conteúdo das aulas. Os enunciados das estações foram redigidos em português e apresentaram os casos clínicos. Optamos por explicitar as ações que cada aluno deveria efetuar, já que o objetivo era avaliar a desenvoltura em inglês, não a conduta médica. Uma estação abordou um acompanhamento de pré-natal para explorar o vocabulário de queixas menstruais e exames laboratoriais, e a outra trouxe um paciente com uma queixa abdominal, abordando a anamnese e a caracterização da dor. Ambas as estações exigiam que, ao término da anamnese, o aluno reportasse o caso ao avaliador utilizando termos médicos.

A avaliação da experiência pelos alunos foi positiva, e para uma parcela significativa dos estudantes essa foi a primeira experiência com a OSCE. Foi relatado que esta foi uma atividade motivadora, mostrando-se uma ferramenta muito assertiva para distinguir o que foi consolidado ou não. A ansiedade foi referida, como em outras abordagens ativas, entretanto a maioria dos estudantes alegou estar mais preparado para realizar uma consulta integralmente em inglês (NEGRI *et al.*, 2017).

7. APRESENTAÇÃO DE ARTIGOS

A atividade de encerramento consistiu em uma apresentação de artigos em inglês. Os alunos foram divididos em duplas e puderam escolher seus artigos. Cada dupla foi orientada por um monitor, o qual auxiliou quanto às dúvidas e deu dicas para a apresentação. Foi solicitado que os alunos montassem uma apresentação de slides, seguindo o modelo de apresentação oral de congressos. Os alunos tiveram 7 minutos para realizar a apresentação e 3 minutos para comentários e perguntas da banca avaliadora, composta por monitores e professores que ministraram aulas teóricas. O intuito dessa atividade foi simular a ansiedade ao permitir prática da oratória e apresentação em inglês, devido a importância de tais vivências na prática dos profissionais da saúde. Os alunos relataram ter sido essencial essa atividade, e se sentiram comprometidos para colocar em prática as simulações realizadas ao longo do semestre, contudo, com maior complexidade.

8. CONCLUSÃO

O objetivo do curso foi cumprido, com aulas elaboradas para criar um ambiente cujo vocabulário e comunicação fosse baseado no contexto profissional da área da saúde. A impressão dos acadêmicos colaboradores foi de que houve engajamento dos estudantes extensionistas. Vale lembrar que o pré-requisito de proficiência foi fundamental para o bom andamento das aulas. Tivemos 80 % de adesão até o fim do curso.

REFERÊNCIAS

FRANCO, C. A. G. S. *et al.* OSCE para Competências de Comunicação Clínica e Profissionalismo: Relato de Experiência e Meta-Avaliação. **Rev. bras. educ. med.**, v. 39, n. 3, p. 433-441, 2015.

GUPTA, P.; DEWAN, P.; SINGH, T. Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Revisited. **Indian Pediatr**, v. 47, n. 11, p.911-920, 2010.

HARMER, J. **How to Teach English**. Malaysia: Longman, 1998.

LIN, E. C. *et al.* Using standardized patient with immediate feedback and group discussion to teach interpersonal and communication skills to advanced practice nursing students. **Nurse Educ Today**, v. 33, n. 6, p. 677-683, 2013.

NEGRI, E. C. *et al.* Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2916, 2017.

ZARDINI, M. C; BARNABE, F. H. L. How to improve the speaking skills through the communicative approach. **Diálogos Pertinentes**, v. 9, n. 2, p. 27-43, 2013.

CAPÍTULO 11

CAPACITAÇÃO PARA ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE AFOGAMENTO: NOVAS ABORDAGENS PARA DESAFIOS ANTIGOS

João Cláudio Campos Pereira

Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde. Professor titular do curso de Medicina das Faculdades Pequeno Príncipe (FPP).

E-mail: joaoccpereira@terra.com.br

Juliano Mendes de Souza

Doutor em Clínica Cirúrgica. Professor da Pós-Graduação das Faculdades Pequeno Príncipe (FPP).

E-mail: jmendess@ig.com.br

Erik Zhu Teng

Acadêmico do curso de Medicina das Faculdades Pequeno Príncipe (FPP).

E-mail: zhuteng14@gmail.com

Evelyn Carolina Suquebski Dib

Acadêmica do curso de Medicina das Faculdades Pequeno Príncipe (FPP).

E-mail: evelyncsdib01@gmail.com

Luiz Felipe Thomaz Moreira

Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Pequeno Príncipe – FPP.

E-mail: felipethm@outlook.com

Sofia Santos Lima Figueiredo

Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pequeno Príncipe – FPP.

E-mail: sofiaslf@outlook.com

1. INTRODUÇÃO

1.1 PANORAMA DO AFOGAMENTO NO BRASIL

O afogamento é a aspiração de líquidos, que pode ocorrer por imersão ou submersão, e figura entre as principais causas de óbito por causas externas em todo o mundo. Há diminuição da troca de oxigênio e gás carbônico nos alvéolos pela entrada de água nas vias aéreas, com consequente obstrução. Caso isso não seja contido, haverá parada respiratória e sequencialmente a parada cardiorrespiratória (SOBRASA, 2017).

Dados da SOBRASA mostram que, em 2015, o afogamento representou a segunda causa de mortes de crianças de 1 a 9 anos, terceira causa de 10 a 14, quarta causa de 15 a 24 e quinta causa de 25 a 29 anos. Já os dados publicados em 2018, com ano base de 2016, mostram que houve uma alteração nas estatísticas, com redução do número de casos, porém que o tema continua relevante, sendo a segunda causa de óbitos de crianças de 1 a 4 anos, quarta causa de 5 a 9 anos, terceira causa de 10 a 14 anos e quarta causa de 15 a 24 anos de idade.

Os incidentes que não geram vítimas fatais chegam a mais de 100.000 casos anuais (SOBRASA, 2017). Há um grande número de vítimas de afogamento, o que cria a necessidade emergencial de preparo adequado das equipes de saúde para este tipo de agravo, pois existem diferenças substanciais entre o tratamento da vítima de afogamento e outros tipos de urgências e emergências médicas. (Manual de emergências aquáticas – SOBRASA, 2017).

Nesse contexto, a adequação da aquisição das competências para que os estudantes de medicina possam prestar o melhor suporte possível para essas as vítimas, com o intuito de diminuir sequelas e óbitos, se mostra primordial.

2. A IMPORTÂNCIA DA METODOLOGIA DE ENSINO ATIVA

Pensando em Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, para embasar a escolha da metodologia, temos o artigo 32 que enaltece a importância da utilização de metodologias ativas no curso de medicina, e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolvimento de instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados (BRASIL, 2014).

Corroborando com as DCN, a Organização Mundial da Saúde preconiza metodologias ativas para o correto treinamento de equipes de salvamento. Ou seja,

diante de públicos de maiores dimensões, pode-se utilizar diversas modalidades como palestras, músicas, dramatizações e até mesmo questionários. Fazer uso de meios visuais para transmitir conhecimentos parece ser mais atrativo que conteúdos escritos e, portanto, podem configurar uma assimilação mais eficaz (WHO, 2017).

As metodologias ativas e tradicional são muito distintas entre si. Existe uma clara inversão de papéis: na tradicional o docente é o provedor do conhecimento e o estudante um ouvinte passivo; em metodologias ativas o aluno é muito mais empoderado e ocupa o papel central no ensino-aprendizagem; o docente vem apenas como um facilitador do aprendizado. (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017).

Aliando o ensino médico e a proposta de propagar o atendimento ao paciente afogado, o uso de metodologias ativas pareceu fornecer o melhor aproveitamento e empoderamento dos alunos. Segundo o cone de aprendizado de Edgar Dale, após duas semanas, com a utilização da metodologia tradicional de ensino, não mais do que 50 % do conteúdo pode ser assimilado pelos estudantes, enquanto na abordagem ativa, até 90 % pode ser aprendido. A leitura, desacompanhada de práticas que estimulem o estudante, é responsável por somente 10 % do aprendizado, após 14 dias (SILVA; MUZARDO, 2018).

No contexto de simulações convém enfatizar que o ambiente e a organização das estações são fatores cruciais. A dinâmica deve ser o mais realista possível utilizando simuladores de alta fidelidade, atores treinados e, se possível, profissionais. O organizador das estações deve se preocupar com os mínimos detalhes, para que o avaliado se sinta em um ambiente real, ou o mais próximo disso (WHO, 2017).

3. A SALA DE AULA INVERTIDA

A sala de aula invertida é uma abordagem ativa cuja função é tornar o estudante um ator ativo na produção do conhecimento. É sabido que o aprendizado tem sua melhor performance quando aplicado a atividades práticas, por isso a sala de aula invertida está associada a simulação (PEREIRA, 2019).

Esse método distinto está baseado em quatro pilares, são eles: a flexibilização do ambiente de aula, modificação da cultura de ensino e aprendizagem, conteúdo definido e específico, além de ser aplicado por professores que dominam a técnica (PEREIRA, 2019; FONSECA, 2015). Não há uma estrutura engessada; contudo, alguns passos devem ser seguidos. Em primeiro lugar, o professor deve estar capacitado metodologicamente, já que ele elaborará os passos da aula - desta forma

o professor criará um conteúdo, cujo acesso será disponibilizado ao aluno previamente à aula, o aluno devendo se ater aos objetivos propostos pelo professor. Em seguida, já no ambiente de aula, o professor se dispõe a esclarecer as dúvidas dos alunos e reforça pontos estratégicos do conteúdo. Nesse contexto a atividade prática é aplicada, e muitas ferramentas podem ser aplicadas, como por exemplo a simulação com avaliação interpares. O último passo é a revisão ou recapitulação do que foi aprendido, e neste momento, todas as competências propostas nos objetivos de aula devem ser alcançadas. Há muitas maneiras de se revisar o conteúdo, e a autoavaliação, feita pelo próprio estudante do que ele aprendeu, é uma maneira válida de revisão.

Em suma, o professor toma o lugar de um facilitador e o estudante se torna parte ativa do aprendizado. Para tanto, as atividades devem ser preparadas com o intuito de serem aplicadas nessa metodologia (PEREIRA, 2019; FONSECA 2015).

4. ATIVIDADE PROPOSTA - RELATO DE CASO

Visando entender como ocorre a aquisição de competências sobre o atendimento aos afogamentos no curso de Medicina, estabeleceu-se uma simulação através do modelo de sala de aula invertida, seguido por um momento de debate. Por meio disso, ainda procurou-se propor um método para aquisição da competência desse atendimento, e também identificar com tem sido abordado o atendimento ao afogado nas escolas de medicina do Paraná.

Para as aulas invertidas, todos os estudantes receberam material de estudo prévio e uma vídeo-aula sobre o tema. Os estudantes participantes foram todos voluntários, alunos do 5º ou 6º período. Após esse estudo, os estudantes dirigiram-se ao laboratório de habilidades da respectiva faculdade, onde realizaram as atividades práticas, com simulação realística com simulador de alta fidelidade. A simulação teve duração de 30 minutos e foi dividida em duas etapas: a primeira foi a aplicação do cenário de simulação, com o método “SMART” (*Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Time Based*), com duração de 10 minutos.

Foi selecionado um caso com alta probabilidade de ocorrência, pelos critérios de gravidade (Afogamento Grau 5), onde o papel do médico e das equipes de emergência é fundamental para o prognóstico do paciente. Assim, a atuação primária do médico fará diferença na evolução do quadro. Os estudantes realizaram o atendimento pré-hospitalar e a recomendação do tratamento definitivo, após o caso

clínico ter sido passado para o médico do hospital receptor (também simulado). O estudante deveria explicar o caso, evento e quadro clínico do paciente para o médico do atendimento pré-hospitalar ou da Central de Regulação simulada.

Para completar o cenário de simulação, foi realizado um *debriefing* ou devolutiva. Isto é, um debate coletivo para analisar o processo de aprendizagem e discutir os pontos fortes e as limitações da dinâmica realizada. Esta etapa teve duração de 20 minutos e foi estruturada conforme as etapas da ferramenta PEARLS - *Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation* (PEREIRA, 2019).

6. PERSPECTIVAS DOS ALUNOS

O manejo do paciente afogado não faz parte diretamente das DCN das escolas médicas, contudo, a epidemiologia desse trauma demanda tal competência dos profissionais da saúde. Nesse contexto, compreende-se a importância de simulações realísticas e a sala invertida na capacitação dos profissionais, uma vez que permite o desenvolvimento de habilidades interpessoais (trabalho em equipe), fomenta o raciocínio clínico e a tomada de decisões em situações críticas como afogamentos. Conclui-se que a sala de aula invertida e a simulação realística são ferramentas facilitadoras do processo de ensino-aprendizagem no atendimento em urgências e emergências do paciente afogado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2014**. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

DIESEL, A; BALDEZ, A; MARTINS, S. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, v. 14, n. 1, p. 268-288, 2017.

FONSECA, J. J. S.; MOURA, A. A.; FONSECA, S. H. P. da. A aprendizagem invertida em educação a distância. In: CIAED — **Congresso Internacional ABED de Educação a Distância**. Bento Gonçalves, RS. Anais... p. 1–10, 2015. Disponível em: http://www.abed.org.br/congresso2015/anais/pdf/BD_86.pdf

PEREIRA, J. C. C. O Desenvolvimento de Competências para o Atendimento do Paciente Afogado, com a Utilização da Sala de Aula Invertida, em um Curso de Medicina. **Dissertação** [Mestrado] – Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing drowning: an implementation guide**. Geneva: World Health Organization, 2017.

RODRIGUES, C. S.; SPINASSE, J. F.; VOSGERAU, D. S. R. Sala de aula invertida- uma revisão sistemática. In: **XII Congresso Nacional de Educação**. 11ed. Curitiba – PR: PUCPR, 2015. p. 39284–39295. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/16628_7354.pdf .

SCHENEIDERS, L. A. **O método da sala de aula invertida (flipped classroom)**. Lajeado: Univates, 2018. 19 p.

SILVA, F. L. da; MUZARDO, F. T. Pirâmides e cones de aprendizagem: da abstração à hierarquização de estratégias de aprendizagem. **Dialogia**, v. 29, mai/ago, p. 169-179, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE SALVAMENTO AQUÁTICO (SOBRASA) (Rio de Janeiro) (ed.). **Manual de Emergências Aquáticas**. Rio de Janeiro: SOBRASA, 2017.

CAPÍTULO 12

A IMPORTÂNCIA DAS LIGAS ACADÊMICAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA: RELATO DE OFICINA

Amanda Martinez Slomp

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: amandaslomp@gmail.com

Eduarda Tavares Flores

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: eduardaflores@univali.edu.br

Jair Josué Laurentino dos Reis

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: jairjosuer@hotmail.com

Lívia Angélica Gruneke Cesar

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: livia.angelica@edu.univali.br

1. INTRODUÇÃO

Desde a primeira liga acadêmica conhecida, há quase 100 anos, as atividades destas organizações se estruturam e hoje consistem em grupos de alunos que, através de aulas teóricas e atividades de pesquisa e extensão, aprofundam um determinado assunto em saúde. No entanto, muitas vezes o compromisso deste grupo de alunos não é com a qualidade do conhecimento, e sim com objetivos pessoais e superficiais, como a incrementação do currículo acadêmico. Considerando essa realidade, faz-se necessário revisar constantemente as motivações desses grupos, a fim de desenvolver o senso crítico e valorizar a proposta das ligas acadêmicas.

Neste contexto, propôs-se a organização da Oficina de Ligas Acadêmicas no Congresso Catarinense e Paranaense de Educação Médica (CCPEM), contando com a participação de acadêmicos de instituições de Itajaí, Curitiba e Rio do Sul. Na oficina, os mediadores, acadêmicos do curso de Medicina da Univali, organizaram uma série de perguntas para iniciar a discussão sobre as Ligas Acadêmicas, e cada participante da oficina contribuiu com a resposta e algum relato sobre sua experiência nesse cenário. A oficina teve duração de noventa minutos, e as falas levantadas representam elementos importantes para entender, brevemente, as metodologias e os potenciais de cada Liga Acadêmica.

2. LIGAS ACADÊMICAS

As ligas acadêmicas são movimentos estudantis presentes nas escolas médicas desde a década de 1920. São criadas e geridas por acadêmicos visando aprofundar conhecimentos em uma área específica da Medicina, podendo abordar qualquer assunto médico.

A primeira liga do Brasil, a Liga Acadêmica de Combate à Sífilis, foi fundada na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1920, em um movimento partindo dos acadêmicos visando aplicar os conhecimentos adquiridos na formação, e aumentar a assistência oferecida à população. Algumas décadas depois, durante o período do governo militar, as Ligas Acadêmicas tomaram para si o papel de discutir as metodologias praticadas no ambiente curricular, levantando questionamentos e propondo um direcionamento do ensino às necessidades estudantis e sociais. Na década de 90, as Ligas Acadêmicas adaptaram-se às reformas curriculares experienciadas pelos cursos de Medicina brasileiros, em muitos casos nutrindo

carências e lacunas na grade curricular formal, e aproximando o aluno da prática clínica (DENEM, 2014).

Em 2005, a quantidade de Ligas Acadêmicas presentes no país trouxe à tona a necessidade de regulamentação do movimento, na forma da criação da Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina (ABLAM). A ABLAM intenta conceder validação das Ligas Acadêmicas perante as instituições de ensino, por meio de incentivo à criação de Ligas, instituição de um padrão de qualidade, fomento à interação entre Ligas Acadêmicas afins, entre outros caminhos (ABLAM, 2016).

As atividades desenvolvidas pelas ligas baseiam-se no trinômio universitário de ensino, pesquisa e extensão, sendo especificadas pela própria comissão organizadora da liga, composta majoritariamente por acadêmicos. No âmbito do ensino, a liga pode oferecer palestras – ministradas por alunos, docentes da instituição ou profissionais da área – discussões de casos clínicos, podendo também organizar simpósios e jornadas acadêmicas dentro da universidade. A pesquisa envolve a produção de conhecimento científico sobre determinado assunto, posteriormente expondo este trabalho em eventos institucionais ou médicos. Em extensão, por sua vez, a liga acadêmica e a universidade interagem com a comunidade através de atividades de prevenção, promoção e educação em saúde. Uma Liga Acadêmica deve participar de atividades nestas três áreas, cumprindo as Diretrizes Nacionais da ABLAM, para atingir seu potencial dentro e fora da escola médica (ABLAM, 2016).

3. IMPORTÂNCIA DAS LIGAS ACADÊMICAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA

As Ligas Acadêmicas ocupam um espaço cada vez maior na formação profissional, tendo uma série de benefícios para a educação médica. Algumas destas contribuições se devem ao oferecimento de contato precoce com a prática clínica, facilitação no aprendizado, construção do currículo acadêmico e chances de aplicar os conhecimentos adquiridos na sala de aula (SANTANA, 2012).

Entretanto, se a participação e organização das ligas não for ponderada e refletida, o fenômeno das Ligas Acadêmicas se torna danoso para os estudantes e para as instituições. Alguns riscos identificados na literatura são superespecialização precoce, subversão da estrutura curricular, manutenção de vícios pedagógicos e prática médica não supervisionada (HAMAMOTO FILHO, 2011).

O reconhecimento tanto dos seus benefícios quanto seus potenciais malefícios é importante e deve ser pautado e refletido com frequência, considerando a

experiência de ligas acadêmicas de diferentes áreas e instituições. Todas as partes envolvidas, a saber: comissão organizadora, membros ligantes, e coordenação da escola médica, devem ter consciência do propósito, deveres, essência e métodos mais adequados para cada Liga Acadêmica, a fim de trabalharem de forma integrada e consistente com o trinômio ensino, pesquisa e extensão.

4. RELATO DA OFICINA

A oficina foi composta por alunos integrantes de ligas diversas de 04 faculdades de Santa Catarina e do Paraná, totalizando 21 participantes. A proposta inicial desta oficina foi promover o diálogo entre ligantes de diferentes instituições de ensino superior, a fim de identificar atividades exitosas, trocar experiências e estimular a comunicação entre ligas acadêmicas.

Com os participantes dispostos em círculo, a discussão foi direcionada pelos organizadores da oficina com auxílio de perguntas previamente elaboradas. Tais perguntas foram registradas individualmente em papéis, os quais foram distribuídos aleatoriamente, criando uma dinâmica no grupo. Cada integrante retirava um papel contendo uma pergunta e, lendo-a em voz alta, iniciava a abordagem do assunto questionado, incitando a participação dos demais.

As discussões se desenvolveram a partir das seguintes perguntas: Como funcionam as ligas acadêmicas na sua instituição? Quais são os tipos de atividades promovidas pelas ligas na sua instituição? Quais experiências deram certo? E quais fracassaram? De que maneiras a sua liga é avaliada e regulamentada? Como a participação em uma liga contribuiu para a sua formação? O que você entende por tripé universitário? Há a obrigatoriedade de produção científica?

As perguntas não foram respondidas em ordem predefinida, sendo abordadas conforme iniciativas individuais e alternadas por vontade do grupo, sendo apenas ferramentas para direcionar alguns temas importantes no sentido da experiência e ideais. As respostas foram variadas, posto que estavam presentes tanto instituições com diversas ligas e anos de atuação, quanto ligas ainda em elaboração ou com pouco tempo de atividade. A realidade das ligas estabelecidas, com atividades práticas bem definidas, foi utilizada não só como proposta para as ligas incipientes, como também para revisão dos próprios modelos. Nesse sentido, foram discutidas tanto atividades práticas quanto questões como estatuto, critérios de participação, escolha de coordenação e modelos de gestão.

5. REFLEXÃO

Apesar de todas receberem o título de “liga acadêmica”, a discussão demonstrou diferenças importantes entre as atividades conforme a instituição. Como exemplo, ligas acadêmicas das instituições de Curitiba, cidade com várias faculdades de medicina, possuem mais vínculos com hospitais e são mais concorridas e, portanto, mais reconhecidas e valorizadas tanto pelos alunos quanto pelos profissionais. Por estar situada em uma região metropolitana, a cobertura hospitalar é mais ampla, e várias ligas da instituição têm convênios com outros hospitais. Este convênio muitas vezes é firmado com os gestores das ligas diretamente com os hospitais, não necessitando do vínculo hospitalar com a instituição de ensino. Com a abertura aos acadêmicos facilitada, eles se envolviam em inúmeras atividades práticas dentro dos serviços, muitas delas com significativa autonomia para tomarem condutas e conduzirem os casos, proporcionando um aprendizado teórico e uma prática valiosa.

Relatos dessas atividades, conduzidas na forma de plantões extracurriculares em hospitais, mostram-se amplamente desejadas pelos acadêmicos, devido aos conhecimentos adquiridos, contato precoce com os serviços de saúde e troca de saberes com profissionais e acadêmicos de outras fases da graduação. Essa conclusão levou a duas discussões paralelas: ao mesmo tempo que oferecia maior chance de aprendizado vivencial e horas complementares, os ligantes também são imprescindíveis em alguns serviços de saúde, sendo considerados, nas palavras de alguns participantes, como “mão de obra barata” - sem vínculo empregatício, atuando na linha de frente e nem sempre com supervisão direta na prática. Essa realidade, avaliada positivamente quando focada na experiência prática do aluno, também reforçou o risco para a sociedade e para a formação do acadêmico, demonstrando a importância de uma regulamentação e acompanhamento direto por profissionais da universidade e dos cenários de prática.

Outro modelo de atividade prática mencionado foi a participação em projetos de extensão, principalmente voltados para promoção e prevenção de saúde, através de educação em saúde fornecida à comunidade. Essa modalidade é adotada em algumas ligas e possibilita a prática de habilidades de comunicação, mas tem contribuição mais simplista no conhecimento técnico-científico. A baixa frequência dessas atividades, dependendo de campanhas e calendários curriculares e/ou

municipais, tornava a participação possível apenas para poucos alunos e em momentos fixos.

Diferentemente das experiências de faculdades de Curitiba, as instituições de ensino de medicina de Santa Catarina são distribuídas em cidades diferentes e não têm tanto contato entre si para unir as atividades das ligas. Isso, para algumas, implicava em carga horária quase que exclusivamente teórica, fato pouco valorizado por distorcer o propósito da liga acadêmica, atuando muito mais para suprir falhas curriculares do que complementar a formação em determinada área. Estes relatos exemplificam um dos prejuízos mais importantes de uma Liga Acadêmica mal conduzida: a manutenção de vícios pedagógicos, posto que algumas dessas aulas expositivas são as mesmas das já oferecidas no currículo formal, muitas vezes sendo ministradas pelo mesmo professor. Como consequência, os acadêmicos sentem-se desestimulados em investirem o seu tempo no estudo de conteúdos que já fazem parte do seu arsenal curricular, quando o que procuram é o aprendizado de temas não explorados em sala de aula através de diferentes metodologias e estratégias. Todo o movimento das Ligas se baseia na busca por métodos de ensino mais relevantes para o acadêmico, e uma apropriação mais eficaz de conhecimentos - bem como aplicação prática dos conteúdos aprendidos. Quando essas propostas são desvalorizadas, o propósito e essência da Liga Acadêmica, enquanto movimento que parte dos alunos, se perde, o que diminui a credibilidade das Ligas Acadêmicas perante ao corpo docente e à instituição de ensino.

Além disso, as atividades práticas de ligas de universidades situadas em cidades menores são, apesar de parecer contraditório pela menor concorrência, mais difíceis de se sedimentarem e se fazerem valorizadas perante aos serviços de saúde, sendo os acadêmicos das ligas considerados não só dispensáveis como indesejados perante setores que não compreendem a tradição, a importância e comprometimento dos ligantes.

No sentido da produção científica, também se observou discrepância. As ligas mais concorridas e com critérios de seleção e permanência mais rígidos optam, muitas vezes, por obrigar alguma produção científica para validar a atuação do ligante. Esta produção varia de trabalhos enviados para congressos, artigos publicados em revistas indexadas, relatos de caso e projetos de pesquisa e extensão. Tal realidade não foi compartilhada por todas as instituições: locais com grande número de ligas acadêmicas, por fraca regulamentação, acabavam gerando grande rotatividade de

acadêmicos entre si e pouca pesquisa em cada área, sendo apenas instrumento para valorização do currículo individual do aluno, sem comprometimento com os propósitos da liga acadêmica ou da pesquisa institucional.

Os participantes da oficina, independente da experiência pessoal com ligas acadêmicas, foram unânimes ao apontar como maior vantagem de participar de uma liga a possibilidade de conhecer a prática de cada área. Nesse sentido, considerou-se imprescindível a atuação vivencial, não podendo se restringir a discussões teóricas. Tal atuação, segundo discutido, envolveria o tripé proposto pela definição de liga acadêmica (ensino, pesquisa e extensão) - tripé este que não era conhecido por todos os participantes da oficina.

6. CONCLUSÃO

Diante dos relatos compartilhados durante a oficina, foi possível perceber que as ligas acadêmicas proporcionam diferentes vivências aos estudantes. Por serem conduzidas por alunos e para os alunos, muitas barreiras são encontradas no processo de execução da liga ideal. Escassez de projetos de extensão, não aceitação de alunos em ambientes de saúde (hospitais, clínicas, unidades de saúde), falta de profissionais não vinculados à instituição que aceitem participar de palestras, e dificuldade de acesso a diferentes modalidades pedagógicas são alguns exemplos dos limitantes que dificultam as ligas a atingirem seu propósito.

Sendo assim, é necessário que as discussões sejam ampliadas também para as instituições vinculadas às atividades teóricas e práticas das ligas acadêmicas, bem como que estas sejam regulamentadas seguindo um padrão nacional com critérios mínimos para sua existência. Dessa forma, firmam o compromisso mútuo entre os envolvidos (liga acadêmica, serviços de saúde, instituição de ensino e pesquisa), podendo a participação em liga acadêmica ser considerada um instrumento curricular válido como diferencial na formação, estendendo seus benefícios tanto para o participante da liga e instituições vinculadas quanto para a comunidade.

REFERÊNCIAS

DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA (DENEM). Coordenação Científica Da Direção Executiva Nacional Dos Estudantes De Medicina. **Ligas Acadêmicas**. Brasil, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA (ABLAM). **Diretrizes Nacionais em Ligas Acadêmicas de Medicina**. Belo Horizonte, 2016.

SANTANA, A. C. D. A. Ligas acadêmicas estudantis. O mérito e a realidade. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, v. 45, n. 1, p. 96-98, 2012.

HAMAMOTO FILHO, P. T. Ligas Acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 535-543, 2011.

CAPÍTULO 13

MONITORIA HUMANÍSTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carolina Franze Matioda

Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: cah_matioda@hotmail.com

Caroline Brandão Piai

Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: carolinebpiai@hotmail.com

Isadora Bulati

Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: isadora.bulati@gmail.com

Maria Augusta Kormann

Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: kormannguta@gmail.com

Renato Soleiman Franco

Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Portugal.

Professor adjunto do curso de Medicina da PUCPR.

E-mail: paum@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

1.1 O QUE É UMA MONITORIA?

Monitoria é uma ferramenta de apoio em que estudantes mais adiantados na graduação atuam como orientadores das propostas de ensino, junto a seus colegas (FRISON; MORAES, 2010). Trata-se de um serviço de apoio pedagógico oferecido aos alunos interessados em aprofundar o conteúdo e/ou que buscam solucionar as dificuldades em relação à matéria trabalhada em aula. Esse método de ensino e aprendizado auxilia os estudantes (incluindo os monitores) no desenvolvimento de sua identidade profissional e os monitores no desenvolvimento de sua formação profissional (HAAG *et al.*, 2008).

A troca existente entre o monitor e o aluno mostra-se proveitosa, pois ambos se beneficiam do conhecimento adquirido com essa relação de ensino e aprendizado. Os estudantes envolvidos nesse ambiente de troca tornam-se sujeitos do seu processo, tendo a monitoria como ferramenta para o desenvolvimento da sua consciência crítica (HAAG *et al.*, 2008). Além de ser um espaço de formação, é também uma ação que visa contribuir com a melhoria da qualidade do ensino de graduação (NUNES, 2007). Os monitores recebem supervisão e orientação de um docente, que é responsável por estruturar as atividades e capacitá-los, sem deixar de orientar, mediar e coordenar o trabalho educativo, preparando os acadêmicos monitores para o exercício da profissão (FRISON, 2016).

2. A NECESSIDADE DE UMA MONITORIA DIFERENTE

Estudos mostram que uma assistência humanizada e centrada no paciente pode promover uma melhor relação médico-paciente, melhorar o resultado do atendimento, aumentar a satisfação do paciente, estimular o desenvolvimento da sua capacidade e da sua autonomia. Além disso, permite reduzir a carga e o custo do sistema de saúde, bem como de reclamações e processos judiciais contra os profissionais da área, uma vez que evita serviços e procedimentos que o paciente não quer ou não precisa. Essa abordagem médica está se tornando parte fundamental dos programas de medicina em muitas instituições (LOUW; MARCUS; HUGO, 2017). O desafio é colocar a teoria em prática, ajudando os estudantes a desenvolverem efetivamente essas habilidades e o profissionalismo médico.

Nesse sentido, as Instituições de Ensino Superior devem não apenas fornecer conhecimento teórico, mas também permitir o aprendizado de forma ativa e

autorregulada. Para isso, é necessário buscar continuamente metodologias alternativas de ensino, como as monitorias. É incontestável a importância das práticas pedagógicas tradicionais, mas estas deixam a desejar em alguns quesitos, já que se baseiam no aprendizado passivo e na transmissão de conteúdo para um grande grupo de alunos. Desse modo, essa metodologia não permite o desenvolvimento da autonomia do estudante nem o ensino de forma individualizada, sendo que o modo como o professor explica nem sempre é compreendido por todos os alunos (FRISON, 2016).

É justamente para preencher as lacunas do ensino tradicional que a monitoria ganha importância. Esta metodologia de ensino data de tempos remotos. No século XVIII, foi iniciado o Método Monitorial de Lancaster na Inglaterra, em que os alunos mais avançados atuavam como auxiliares ou monitores, ensinando outros alunos. No Brasil, foi só na década de 1960, com a Lei de Reformulação do Ensino Superior (Lei BR nº 5540/68) que a figura do monitor foi oficialmente instituída. Desde então, o art. 41 prevê para as universidades brasileiras a criação de funções de monitor na graduação, devendo os candidatos realizar provas específicas para o cargo (FRISON, 2016). Assim, a monitoria vem sendo amplamente instituída, tendo em vista os resultados positivos. Esta prática pedagógica é considerada um sucesso, pois acelera o progresso acadêmico, permite a articulação entre teoria e prática em disciplinas acadêmicas e estimula a proatividade e a autonomia dos monitores e de seus aprendizes (FRISON, 2016).

Esse método de ensino interativo é baseado na reciprocidade de ensino entre os estudantes e impulsiona o desenvolvimento das capacidades cognitivas e da autorregulação da aprendizagem, permitindo que o aluno desenvolva sua autonomia e se torne capaz de planejar, executar e avaliar seu aprendizado, colocando-o como sujeito ativo de seu próprio desenvolvimento acadêmico (FRISON, 2016).

Com o intuito de estabelecer uma relação entre o conhecimento teórico e prático na disciplina de Introdução à Prática Médica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), permitir uma introdução precoce dos acadêmicos à medicina centrada na pessoa e aprimorar suas habilidades em desenvolver um atendimento holístico e humanizado, desenvolvemos um programa de monitoria. Este projeto tem como objetivo, especialmente, introduzir a medicina humanizada para estudantes do primeiro ano, inserindo-os no ambiente hospitalar logo no início da sua formação acadêmica. Assim, poderão sedimentar a sua base teórica com a prática da

abordagem humanística ao paciente, abordagem esta que vem se tornando parte fundamental do programa de graduação médica em muitas instituições (LOUW; MARCUS; HUGO, 2017).

3. A PRÁTICA DO NOSSO PROJETO

Quatro alunas do quarto ano de medicina da PUCPR foram previamente selecionadas através de uma prova realizada pelo professor da matéria “Introdução à Prática Médica (IPM)”. Esta cadeira faz parte do currículo do primeiro período de medicina da PUCPR e aborda temas no âmbito da medicina holística como, por exemplo: a prática médica como instituição e como discurso, a medicina no discurso social, a construção do cuidado, anseios na formação médica, a construção das identidades pessoal e profissional, comunicação espontânea e humanizada e expectativas na relação médico-paciente. Esses assuntos são abordados a partir de uma metodologia dinâmica e material de apoio em diversas literaturas.

Então, as tutoras da matéria “Introdução à Prática Médica (IPM)” desenvolveram um modelo de monitoria ainda não vigente na PUCPR. Primeiramente, elas identificaram as expectativas dos estudantes em relação ao início do curso e consideraram suas próprias experiências quando calouras. A partir disso, concluíram que seria benéfica a inserção de uma abordagem holística dos pacientes de forma mais precoce na grade curricular, principalmente de modo mais prático. A proposta foi discutida com o docente responsável pelo estágio, tendo sido estruturado um alinhamento pedagógico entre atividades de sala de aula, prática da monitoria e discussão sobre o modelo a ser utilizado na inserção do estudante do primeiro período no ambiente hospitalar. A monitoria tinha uma carga horária semanal de 4 horas e as monitoras utilizavam esses momentos para planejar, organizar e implementar as atividades. Apesar de a participação ser optativa, todos os acadêmicos do primeiro período aderiram ao projeto.

A partir das informações coletadas e das discussões realizadas, as monitoras organizaram visitas guiadas a um hospital público de Curitiba-PR em grupos formados por uma monitora e cinco acadêmicos. Aos estudantes, foi dada a liberdade de realizar a conversa com o paciente, baseando-se em um roteiro simples de anamnese discutido previamente com as monitoras (figura 1). Essas guiaram a anamnese e ficaram disponíveis para sanar dúvidas e auxiliar os aprendizes, caso isso se fizesse necessário.

Figura 01 - Roteiro para anamnese.

ROTEIRO PARA ANAMNESE

1. Identificação do(a) paciente (nome, sexo, idade, estado civil, naturalidade, profissão, escolaridade, religião, filhos, familiares e rede apoio);
2. Motivo da internação hospitalar;
3. Período de internação hospitalar;
4. Previsão de alta hospitalar;
5. Entendimento do(a) paciente a respeito da sua enfermidade;
6. Como a doença afeta a vida do(a) paciente com relação às diversas esferas em que está inserido(a) (familiar, religiosa, profissional, social, econômica...);
7. O que ajuda o(a) paciente a lidar com o processo de internação hospitalar (visitas, televisão, conversas com outros pacientes; interação com a equipe de saúde...)
8. Visão do(a) paciente sobre a equipe de saúde (como foi a interação; se há a sensação de acolhimento; o que poderia ser melhorado...)
9. Expectativas do(a) paciente após alta hospitalar.

Fonte: Disciplina de Introdução à prática médica (2019).

Cada grupo visitou três pacientes e realizou uma anamnese holística e abordou, além da doença, aspectos relacionados com o processo do adoecer e da internação hospitalar. Desse modo, a conversa dos estudantes com os pacientes foi além da abordagem médica usual, sendo discutidos os sentimentos do paciente em relação à equipe do hospital, suas expectativas de recuperação e o impacto da internação hospitalar para ele e para a sua família.

Após a visita, os grupos se reuniam para discutir a experiência e estabelecer um paralelo entre a prática e o conhecimento teórico adquirido em sala de aula. Foi discutido, entre outros aspectos, a importância da empatia e da comunicação para o desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente. A reflexão que surgiu a partir do contato com diferentes pacientes advindos de contextos biopsicossociais diversos foi muito proveitosa, permitindo a percepção da importância do atendimento individualizado e holístico.

A discussão sobre o entendimento da doença pelo paciente e a sua relação com a equipe de saúde agregou em muito aos alunos e monitores, uma vez que ficou clara a importância de compartilhar informações sobre a enfermidade e as decisões terapêuticas com o seu paciente, empregando uma linguagem acessível e utilizando da competência cultural. Isso porque foram diversos os relatos de pacientes que se sentiam bem tratados e acolhidos, mas que sentiam falta de receber informações adequadas e claras sobre seu quadro clínico e plano de tratamento, o que lhes gerava angústia e ansiedade, além de dificultar a relação médico-paciente.

Como um todo, essa conversa mais intimista permitiu o desenvolvimento de um maior vínculo entre acadêmicos e pacientes, além de trazer à tona o impacto do

processo de adoecer e de internação hospitalar - seja porque a doença interrompeu planos, gerou prejuízos financeiros, trouxe um distúrbio na rotina ou exigiu uma alteração na dinâmica familiar. Todos os aspectos abordados e discutidos serviram para demonstrar a complexidade da natureza humana e como o adoecimento e a atuação médica impactam em diversos aspectos da vida do paciente, corroborando a necessidade de uma abordagem holística.

Além disso, o fato de os alunos estarem na presença apenas de outros estudantes, mesmo que de períodos mais avançados no curso, permitiu que eles falassem mais abertamente, compartilhando sentimentos, conhecimentos e receios, o que é prejudicado na presença de uma figura hierárquica, como a de um professor.

Desse modo, a atividade possibilitou que os acadêmicos do primeiro ano pudessem, já no início da graduação, ter a percepção dos efeitos positivos de uma abordagem holística e empática de uma equipe médica. Isso gerou uma experiência única aos alunos, sedimentando uma bagagem de conhecimento que irá acompanhá-los durante toda a graduação e ser de extrema importância para o seu desenvolvimento profissional. Assim, o método de ensino desenvolvido estimulou a introdução da medicina humanizada para os estudantes de forma precoce, ainda no início do curso, auxiliando na formação acadêmica e profissional dos aprendizes.

Todo esse conhecimento foi perceptível através das reuniões entre os grupos que ocorriam ao final da conversa com os pacientes, em que se discutia a experiência e a relacionava com o conhecimento teórico adquirido previamente em sala de aula, estabelecendo conexões entre teoria e prática. Era discutida, entre outros aspectos, a importância da empatia e da comunicação para estabelecer uma relação médico-paciente positiva e uma experiência hospitalar confortável. Além disso, no feedback da avaliação da disciplina no final do período, a monitoria foi um dos programas mais elogiados, por ter possibilitado a sedimentação da teoria aprendida em sala de aula e sua integração à prática.

Além de ter sido enriquecedor para os aprendizes, o projeto de monitoria também beneficiou as próprias monitoras. Estas puderam reforçar e sedimentar os mesmos aprendizados obtidos pelos demais estudantes e colocar em prática os aprendizados teóricos clínicos e humanísticos que obtiveram no decorrer da graduação, além de reviver suas expectativas e desejos de quando eram calouras, sentimentos muitas vezes esquecidos no decorrer do curso de medicina. Assim, puderam desenvolver confiança e empoderamento ao mesmo tempo que partilhavam

com os calouros a experiência enriquecedora dessa abordagem holística e empática, permitindo que se tornem médicos mais completos e mais confiantes no exercício de sua profissão.

Com essa experiência, percebeu-se que um programa de monitoria bem planejado, com supervisão ativa pelo docente, realizado por monitores engajados e com cuidado quanto à quantidade máxima de alunos por grupo, associado a uma seleção adequada de leituras e análises de suporte, pode ser extremamente valioso na formação dos estudantes de medicina. O projeto tem potencial para ajudar a desenvolver profissionalismo médico, valores e habilidades humanísticas. Os graduandos dos anos mais avançados aprendem, compartilham conhecimento e fornecem uma bagagem de conhecimento teórico-prático aos novos estudantes muito maior do que os anos iniciais isoladamente costumam fornecer.

4. APRENDIZADOS

O programa de monitoria é uma estratégia pedagógica bem estabelecida e que traz diversos benefícios, como o desenvolvimento da autonomia e a articulação entre conhecimentos teórico e prático. Ao instituir um programa de monitoria na disciplina de Introdução à Prática Médica, foi possível introduzir acadêmicos à prática médica centrada na pessoa ainda no início da faculdade, fornecendo uma bagagem de conhecimento ímpar.

Esse método de ensino permitiu sedimentar e integrar o conhecimento teórico adquirido em sala de aula à prática médica, como foi relatado pelos aprendizes ao final do semestre letivo. Além disso, permitiu às monitoras compartilhar os conhecimentos adquiridos no decorrer da graduação, desenvolver novas habilidades e aumentar a confiança para o exercício de sua profissão.

A partir desse projeto, percebe-se que um programa de monitoria supervisionado, bem planejado e realizado por monitores qualificados pode ser uma ferramenta de ensino extremamente valiosa. No entanto, para um melhor aproveitamento do programa de monitoria, faz-se necessário uma quantidade maior de acadêmicos exercendo o papel de monitor, de modo a ampliar as atividades exercidas e potencializar o aprendizado.

REFERÊNCIAS

FRISON, L. M. B. Monitoria: uma modalidade de ensino que potencializa a aprendizagem colaborativa e autorregulada. **Pro-posições**, v. 27, n. 1, p. 133-153, 2016.

FRISON, L. M. B.; MORAES, M. A. C. As práticas de monitoria como possibilitadoras dos processos de autorregulação das aprendizagens discentes. **Póesis Pedagógica**, v. 8, n. 2, p. 144-158, 2010.

HAAG, G. S. et al. Contribuições da monitoria no processo ensino-aprendizagem em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 215-220, 2008.

LOUW, J. M.; MARCUS, T. S.; HUGO, J. F. M. Patient or person-centred practice in medicine? – A review of concepts. **African Journal of Primary Health Care and Family Medicine**, v. 9, n. 1, p. 1-7, 2017.

NUNES, J. B. C. Monitoria acadêmica: espaço de formação: In: SANTO, M. M.; LINS, N. M. **A monitoria como espaço de iniciação à docência**: possibilidades e trajetória. Natal: EDUFRN Editora UFRN, 2007. p. 45-58.

CAPÍTULO 14

PROJETO SÉRGIO AROUCA: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMPARTILHADA NO CCPEM

Clarice Aparecida Munaro

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Professora do curso de Medicina e de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: clarice@univali.br

Arthur Saraiva Manfré

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: Arthur_manfre11@hotmail.com

Júlia de Sá Liston

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: julia.10sali@gmail.com

Mariana Andréa de Moura Henicka

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: marihenicka@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A educação médica brasileira molda-se a partir das necessidades temporais que estão sendo vivenciadas. A prática médica passou por transformações que adicionaram novos conceitos para sua execução, abordando não só os parâmetros técnicos biologicistas ou éticos humanísticos, mas também os políticos e comunitários, que estão intimamente atrelados à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA *et al.*, 2008; MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação da Área da Saúde propõem que sejam realizadas práticas interdisciplinares e integradas ao cotidiano dos profissionais durante a formação, de modo que eles sejam capazes de aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, tendo como base a integralidade do cuidado em saúde. Esta proposição tem como finalidade a criação de abordagens pedagógicas participativas que promovam um aprendizado ampliado e formem profissionais como sujeitos sociais, com sensibilidade e capacidade de atuarem de forma efetiva na complexidade do trabalho em saúde, seja em questões técnicas, comportamentais, éticas ou políticas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

As recomendações das DCN para os cursos de medicina em 2014 também sugerem um novo perfil profissional para o médico. Como forma de responder às mudanças propostas, o curso de Medicina da Univali desenvolveu o Projeto de Extensão Sérgio Arouca (PSA), que entre seus objetivos propõe oportunizar ao acadêmico o conhecimento de outras realidades, em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para uma prática mais humanizada e integral, realizadas a partir do protagonismo e autonomia dos participantes, com desenvolvimento de ações assistenciais e coletivas (MAEYAMA *et al.*, 2019).

O Projeto Sérgio Arouca foi criado em 2009 por docentes da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), inspirado no Projeto Rondon e pensado com a intenção de atender aos três eixos do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), a saber: 1) orientação teórica para abordagem integral do processo saúde-doença; 2) diversificação dos cenários de prática com ênfase na Atenção Básica; e 3) orientação pedagógica centrada nas necessidades dos acadêmicos (MAEYAMA *et al.*, 2016). Seu objetivo se constitui em possibilitar um complemento à formação acadêmica em saúde, através de uma imersão em contextos sociais da Atenção Básica de territórios socialmente vulneráveis, diferentes

dos ambientes formativos habituais, em municípios do interior do Estado de Santa Catarina com baixo IDH (LISTON; HENICKA; LIMA, 2019).

As ações do projeto PSA também vem ao encontro do estabelecido pelo decreto da Lei 8.080, que formalizou a criação do SUS como “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990). Sendo assim o PSA também vem como proposta de consolidação do Sistema Único de Saúde através da qualificação do ensino e serviço e da formação em saúde de maneira a estar em conformidade com as necessidades da comunidade.

A oficina “Projeto Sérgio Arouca” foi realizada durante o Congresso Catarinense e Paranaense de Educação Médica 2019 (CCPEM 2019) e teve como finalidade apresentar o projeto ao público - desde sua construção metodológica até seus impactos na formação médica de seus extensionistas -, além de demonstrar a importância das atividades de extensão para a formação médica. Com o propósito de compartilhar a experiência próspera como método - e possibilidade - de ensino, a oficina enfatizou a relevância do projeto e propôs reflexões acerca do contexto histórico-político no qual culminou sua materialização.

2. APRESENTAÇÃO DO PROJETO SÉRGIO AROUCA NA SUA PRÁTICA

A construção de cada edição do PSA se dá através de um cronograma modelo, criado no decorrer dos 11 anos de história. Primeiramente, a comissão organizadora, sob tutela do(a) professor(a) responsável, avalia as potencialidades e fragilidades do projeto anterior, além de buscar o local de destino para realização da próxima edição. O percurso a partir de então é realizado por acadêmicos de medicina, com o auxílio de um(a) professor(a) responsável.

Após seleção do município, procede-se para a próxima etapa, que consiste em contatar o município escolhido para apresentar o projeto à gestão. Caso o município aceite receber o projeto de extensão, a universidade é informada sobre o acordo do projeto. Quando isso se confirma, é realizada a primeira viagem até o município receptor do PSA.

A viagem precursora é feita pelo(a) professor(a) responsável e três acadêmicos membros da comissão organizadora. Possui o intuito de realizar uma apresentação presencial do projeto para a gestão municipal, assim como para médicos, enfermeiros

e agentes comunitários de saúde (ACS), para que todos possam auxiliar no andamento das atividades. Ainda, é apresentada a agenda e o planejamento inicial, além de programar possíveis alojamentos para os alunos participantes, assim como locais para banho e meios de transporte para as localidades onde as atividades serão realizadas. A etapa seguinte consiste nas inscrições dos acadêmicos interessados no projeto através de um edital publicado pela universidade. Atualmente a média de participantes por edição é de 70 alunos regularmente matriculados em cursos da área da saúde, além de médicos (egressos do curso que participaram de edições anteriores do PSA) que serão preceptores nas atividades de atendimento no município.

A inscrição é realizada on-line durante um período de sete dias, sendo a seleção definida por ordem de inscrição e respeitando a participação interprofissional dos cursos da Escola de Ciências da Saúde da UNIVALI, sendo: quarenta acadêmicos ciclo clínico de medicina, dezoito acadêmicos do internato de medicina, dois acadêmicos do curso de psicologia, um acadêmico do curso de enfermagem, um acadêmico do curso de educação física, um acadêmico do curso de biomedicina, um acadêmico do curso de fisioterapia, um acadêmico do curso de fonoaudiologia, dois acadêmicos do curso de nutrição, dois acadêmicos do curso de odontologia e um acadêmico do curso de farmácia.

Os acadêmicos selecionados são convocados para uma oficina organizadora do projeto, a qual é realizada presencialmente e cuja presença é obrigatória para validar a participação do acadêmico no projeto. Nessa oficina é feita uma breve apresentação do projeto, além de descrever o município selecionado e suas necessidades em saúde. Nessa mesma oficina, os extensionistas são divididos em grupos para criarem as agendas e atividades de cada sub-grupo, sendo eles divididos em saúde: da criança, da mulher, do idoso, saúde mental, doenças e agravos não transmissíveis e uma atividade extra, chamada de "Dia da cidadania".

Nesse momento também são criadas agendas com um número diário de atividades individuais e ações educativas coletivas. Todas as atividades desenvolvidas no município têm como eixo central o sentido da clínica ampliada. Além das consultas, o projeto desenvolve visitas domiciliares, atividades educativas de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Todas essas atividades são construídas, discutidas e elaboradas por estes sub-grupos de extensionistas, tendo como protagonistas todos os acadêmicos participantes da edição do projeto.

A segunda viagem precursora (com a participação apenas de membros da comissão organizadora e do professor responsável) é realizada para apresentação e confirmação das agendas e das atividades que serão desenvolvidas no município, assim como confirmação das localidades (rurais) onde serão realizadas as atividades, locais para alojamento, banho, alimentação e meios de transporte.

Tendo a confirmação do cronograma e do suporte, segue-se com a realização do Projeto Sérgio Arouca, o qual tem duração de sete dias. O primeiro dia é utilizado para a viagem de ida até o município, a alocação dos participantes e a organização dos materiais. Neste dia também é realizada uma reunião inicial, na qual todos os participantes se apresentam novamente uns aos outros, além das orientações de todas as atividades em saúde que serão realizadas durante o projeto. Nos quatro dias seguintes, os acadêmicos e médicos diariamente visitam localidades distintas, com sub-grupos de saúde diferentes composto por membros descoincidentes ao dos dias anteriores. Todas as noites são realizadas reuniões para análise das atividades executadas no dia, estudando quais foram as dificuldades na realização das atividades e o que pode ser melhorado para o próximo dia com a nova equipe. Na noite do quinto dia é realizada a reunião de encerramento dos participantes, na qual todos podem compartilhar suas impressões, desafios, vivências e experiências com o projeto. O sexto dia do PSA é chamado de Dia da Cidadania. Para esta data, convidamos toda a comunidade local a participar. Tendo como palco uma praça central ou equivalente do município, são organizadas diversas atividades de educação em saúde como: música, dança, teatro, pintura em tecido, doações de livro, brinquedos e roupas, além de aferição de pressão arterial e glicemia capilar. É um dia lúdico realizado para "coroar" o encerramento do projeto, posto que na manhã do dia seguinte é realizado o retorno dos acadêmicos para casa.

3. METODOLOGIA

A oficina “Projeto Sérgio Arouca” foi realizada durante o Congresso Catarinense e Paranaense de Educação Médica (CCPEM 2019). O congresso apresentava o intuito de apresentar em suas oficinas experiências de cunho educacional médico que obtiveram êxito em sua execução. O Projeto de Extensão Sérgio Arouca adentra nesse conceito, pois possui a finalidade de contribuir com a troca de experiências humanísticas, éticas e biologicistas, e também coloca seus acadêmicos a frente de

questões comunitárias e políticas da saúde, que, como visto anteriormente, constituem dois grandes alicerces da educação médica.

A oficina realizada no congresso foi guiada por membros da comissão organizadora do projeto Sérgio Arouca em conjunto com participantes de edições anteriores. Inicialmente, teve uma breve apresentação de todos os membros presentes, assim como dos espectadores através de uma atividade “quebra-gelo” que comumente é utilizada no PSA. Após, realizou-se uma apresentação de caráter expositivo, na qual foram demonstradas as etapas para criação do projeto em cada semestre, esmiuçando e detalhando cada uma das etapas para um melhor entendimento do público. Além disso, também foram apresentadas produções científicas que utilizaram o PSA como sua base de pesquisa e que demonstraram conceitos importantes tanto para aqueles que participam do projeto como acadêmicos, quanto para os moradores dos municípios onde os projetos aconteceram.

Para finalizar, foi apresentado um vídeo-depoimento criado por alguns participantes do projeto de extensão, reiterando a importância da participação no PSA para sua formação médica e pessoal.

4. CONCLUSÃO

A oficina demonstrou a experiência do Projeto Sérgio Arouca para participantes de demais universidades presentes, os quais demonstraram interesse em participar das edições seguintes e solicitaram dados de realização e financeiros do projeto, evidenciando interesse de implantação como projeto de extensão em outras instituições de ensino. Desta forma, reforçamos aos participantes da oficina Projeto de Extensão Sérgio Arouca no CCPEM - e também aos leitores deste capítulo - que a extensão é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de um aprendizado consistente. A lição é que não basta a mudança de conteúdos curriculares, ou mesmo de questões metodológicas e cenários de prática. É preciso transformar as práticas pedagógicas como um todo, numa perspectiva de valorização da aprendizagem global (MAEYAMA *et al.*, 2019).

Sendo assim, a discussão e implantação de projetos de extensão, como o Projeto Sérgio Arouca, contribuem para o desenvolvimento de competências, habilidades e conhecimentos importantes, como a autonomia e o altruísmo na formação profissional em saúde.

REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução Nº 569**, de 8 de dezembro de 2017. Publicada DOU nº 38, seção 01, 26/02/2018, páginas 85 a 90. 2017.

LISTON, J. S.; HENICKA, M. A. M.; LIMA, R. C. G. S. Relações Interpessoais no Contexto do Projeto Sérgio Arouca: Contribuições para Formação Médica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 43, n. 4, p. 72-81, 2019.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Projeto Sérgio Arouca: Relato de Experiência. **Rev. bras. educ. med.**, v. 40, n. 1, p. 118-127, 2016.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Projeto de Extensão Sérgio Arouca: da Educação Médica à Formação Cidadã. **Rev. UFG**, v.19, e-58623, 2019.

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.

Os olhares da pesquisa....

CAPÍTULO 15

ASPECTOS BIOÉTICOS EM CUIDADOS NO FIM DE VIDA: O QUE OS MÉDICOS SABEM SOBRE O TEMA E QUE SITUAÇÕES GERADORAS DE CONFLITOS BIOÉTICOS VIVENCIAM?

Rafaela Chiuco Zeni

Acadêmica do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: raffitah@gmail.com

Adriana Rodrigues da Silva Utida

Mestra em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: adrianautida@hotmail.com

Mayara Grittem de Oliveira

Nutricionista pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: mayara_go@hotmail.com

Isteicy Cortêz Silva

Especialista em Atenção à Saúde do Idoso pela PUCPR/ Hospital Universitário Cajuru.

E-mail: teicycortez@hotmail.com

Carla Corradi Perini

Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E-mail: carla.corradi@pucpr.br

1. INTRODUÇÃO

A expectativa de vida tem aumentado a cada ano em todo o mundo, acarretando em um maior número de pacientes com doenças crônico-degenerativas como doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias crônicas. Segundo o Atlas Global dos Cuidados Paliativos da OMS (2014), estas três doenças citadas somam juntas 82,8 % das responsáveis pela necessidade de Cuidados Paliativos no mundo.

No contexto brasileiro em 1940, a população com mais de 65 anos representava 2,4 % do total, passando em 2014 para 7,6 %, o que equivale a um aumento de 217 % (BRASIL, 2015). Assim como no cenário mundial, as doenças crônicas não transmissíveis e elegíveis para Cuidados Paliativos (CP) aumentam na mesma proporção do envelhecimento populacional, suscitando maior número de médicos capacitados para atuar nesse sentido.

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) sob parecer número 2.529.347 de 07 de março de 2018, e teve como objetivo analisar o conhecimento dos médicos acerca dos aspectos bioéticos que emergem do cuidado a pacientes em fim de vida. O percurso metodológico compreendeu a abordagem qualitativa por meio da realização de entrevistas semiestruturadas. O método de análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 1977) foi empregado para análise do conhecimento dos médicos. Com o intuito de esclarecer ao leitor as bases conceituais usadas para discussão, apresentamos a seguir as definições utilizadas nesta pesquisa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos como sendo uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes com doenças que ameacem a vida e seus familiares, abordando a esfera biopsicossocial e espiritual (OMS, 2017). A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) corrobora com as orientações da OMS, além de reforçar a necessidade de que este cuidado seja multidisciplinar, lembrando que mesmo que os conhecimentos técnicos do médico sejam ótimos, ele não conseguirá sozinho atender todas as necessidades na integralidade de que um paciente nesta fase exige (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Adequação terapêutica, também conhecida por alguns por ortotanásia, é a adequação do tratamento médico à situação em que se encontra um paciente sabidamente portador de doença incurável avançada (SANCHO, 2015). Dessa forma, não se utiliza de meios obstinados e fúteis, que irão apenas prolongar sofrimento e

não trarão benefícios para um paciente portador de doença progressiva e sem cura. Essa adequação consiste em retirar, ajustar ou não empreender um tratamento quando o prognóstico é limitado, fazendo a adaptação dos tratamentos à situação clínica de cada paciente. Deve-se evitar o termo “limitação”, uma vez que não é uma limitação, mas uma adequação dos tratamentos (SANCHO, 2015). Esta é uma prática apoiada pelo Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (2010) e pela Resolução do CFM 1.805/2006 (2006). Conforme o Código de Ética Médica (2010, p. 31), “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os Cuidados Paliativos apropriados”.

Já o conjunto formado por práticas de obstinação terapêutica e o emprego de tratamentos ou intervenções fúteis (futilidade terapêutica) em pacientes em fim de vida constituem o que chamamos de distanásia. Essa abordagem consiste na instituição de medidas não indicadas, desproporcionais ou extraordinárias, objetivando evitar a morte em um paciente em Cuidados Paliativos (SANCHO, 2015). A obstinação terapêutica é de causa multifatorial, como a falta de formação para a tanatologia, a crescente medicalização dos seres humanos e a crescente expectativa de cura de todas as doenças. Além disso, há fatores como o medo da judicialização, o qual induz o médico a instituir práticas inúteis e obstinadas com o intuito de mostrar boa ação profissional (TORRES, 2012).

Diretivas antecipadas de vontade (DAV) são definidas como um conjunto de desejos pré-estabelecidos pelo paciente em tratamento a fim de evitar que suas vontades não sejam atendidas quando estiver incapacitado de se expressar (CFM, 2012). São orientações que uma pessoa declara em pleno gozo de suas faculdades mentais, no exercício de sua autonomia e sob nenhuma coação. Esta declaração previamente manifestada da vontade do paciente em fim de vida é mecanismo endossante, capaz de evitar a embaraçosa situação de o paciente ser submetido a procedimentos e intervenções médicas consideradas fúteis, ou seja, relacionada com o não benefício desta intervenção para o paciente (DADALTO, 2013). A DAV é amparada pela Resolução do Conselho Federal de Medicina diz que:

“Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012, p. 2)

As DAV são pouco conhecidas pela população em geral e até mesmo pelos profissionais da saúde. A melhor maneira de resgate destas informações é o diálogo franco entre médico e paciente através de conversas múltiplas, e não numa única conversa, respeitando o momento do doente e a bagagem emocional que ele dispõe para discussão do tema, além de esclarecer dúvidas, e colocar-se sempre à disposição para novas conversas.

Um potente gerador de conflito bioético é a sedação. Sendo a “intencional diminuição da consciência do doente por meio de fármacos, com o consentimento do mesmo, ou na sua incapacidade, com o de seus familiares ou responsáveis legais” (KIRA, 2012), a sedação objetiva evitar um sofrimento insustentável causado por sintomas refratários a outros tratamentos em um doente com doença incurável avançada (KIRA, 2012; SANCHO, 2015).

Sedação paliativa é um tema angustiante tanto para profissionais da saúde quanto para familiares. É muito importante que a decisão pelo procedimento emergja de um consenso entre os diversos profissionais da saúde - médicos e não médicos - que atendem o doente, assim como familiares. Isto, além de evitar os potenciais problemas médico-legais, tem a finalidade de mitigar os conflitos bioéticos (BRUERA, 2012).

2. METODOLOGIA

Através de um questionário previamente elaborado, foram entrevistados 24 médicos de ambos os gêneros, distribuídos entre cirurgiões, clínicos e generalistas. Fizeram parte da amostra tanto profissionais jovens, com menos de 30 anos de idade e no máximo quatro anos de formado, quanto médicos mais experientes, na quinta década de vida e com mais de 30 anos de formados. A amostra contemplou desde médicos sem pós-graduação até profissionais com mestrado e doutorado. A escolha por especialidades diversas e variados níveis de formação acadêmica se justifica porque a prática tem demonstrado que os pacientes em fim de vida perpassam por várias especialidades.

O questionário possuía as seguintes perguntas abertas: 1. O que você saberia me falar sobre Cuidados Paliativos? 2. Você recebeu treinamento na graduação para atender pacientes em Cuidados Paliativos? Se sim, considera-se satisfeito com as informações que recebeu a respeito deste tema? 3. Você já ouviu falar no termo obstinação terapêutica ou distanásia? Se sim, o que entende sobre ele? 4. Você já

ouviu falar no termo adequação terapêutica ou ortotanásia? Se sim, o que entende sobre ele? 5. Você já ouviu falar no termo sedação paliativa? Se sim, o que entende sobre ele? 6. Você já ouviu falar em Diretivas Antecipadas de Vontade? Se sim, o que entende sobre ela? 7. Você acredita existir uma facilidade ou uma dificuldade em praticar os Cuidados Paliativos? Explique por favor.;8. Você gostaria de falar algo mais que ache relevante?

Optou-se por perguntas abertas pois o objetivo era analisar o conhecimento ampliado dos entrevistados sobre o tema, o que não seria possível a partir de perguntas objetivas. Assim, foi feita uma análise qualitativa das respostas para produção do resultado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os 24 entrevistados responderam que o CP é um cuidado dado a pacientes em fim de vida, portadores de doenças incuráveis e graves, e que tem como principal objetivo alívio de sofrimento, alívio de dor e fornecimento de conforto. Oito citaram a família também como alvo do cuidado, seis ressaltaram a necessidade do conforto psicológico e um entrevistado citou o conforto espiritual.

Santos (2009) adverte que o cuidado a pacientes em fim de vida envolve as dimensões física, emocional, psicológica, espiritual e a dimensão social, sendo que estas dimensões interagem formando um todo indissociável, e é com esta visão de todo que as equipes devem trabalhar.

Segundo Junges (1999), é grave reduzir o bem-estar do doente ao seu bem-estar físico. O bem-estar advém da união de fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais e, neste contexto global, cada profissional da saúde tem um papel essencial. Menos da metade dos entrevistados citaram ser um cuidado que suscita atendimento de equipe multidisciplinar.

Quando perguntado sobre obstinação terapêutica e ortotanásia, apenas 18 entrevistados conheciam e compreendiam estes termos, e seis entrevistados não conheciam ou já tinham ouvido falar, mas não sabiam o seu significado. Como interpretação, a adequação terapêutica pode consistir na suspensão, ajuste ou não instauração de um tratamento quando o prognóstico é limitado, fazendo a adaptação dos tratamentos à situação clínica de cada paciente. Cabe ao médico ter o conhecimento sobre a justificativa ética e humanística que lhe permite não indicar tratamentos que não trarão benefício ao paciente e apenas prolongarão o sofrimento

do mesmo. Uma das justificativas éticas para não instauração de tratamentos é a consideração, por parte do médico, que o tratamento seja contrário aos interesses do paciente e/ou possam prejudicá-lo (GRINBERG; TRIPODORO, 2017).

Constatamos que 18 dos entrevistados conheciam e compreendiam o significado do termo “obstinação terapêutica” ou “distanásia” e que 25 % não conheciam o termo ou não sabiam o seu significado. A prática de obstinação terapêutica pode decorrer de muitas causas, e muitas vezes pode estar associada à incerteza prognóstica e ao medo da judicialização diante do apelo de familiares de pacientes que se encontram em Unidades de Terapia Intensiva para a manutenção ou instauração de medidas terapêuticas consideradas fúteis ou inúteis. Tal abordagem demonstra que, apesar de todos entenderem o conceito básico de CP de alívio de sofrimento, nem todos agregam o conhecimento sobre futilidade terapêutica. Neste momento nos perguntamos: como pode o profissional não agregar sofrimento à um paciente em fim de vida quando não interpreta como fúteis e obstinados alguns tratamentos disponíveis?

“A cultura da medicalização da vida, justificada pela concepção falaciosa de que a morte é o resultado do fracasso do conhecimento e da técnica médica, tem gerado e legitimado, indevidamente, os abusos da onipotência de muitos profissionais de saúde que acreditam agir sob a égide de um falso dever de prolongar a vida a qualquer custo e de vencer a morte (TORRES, 2011, p. 158).”

Muitos médicos ainda desconhecem as resoluções do CFM sobre CP e a existência de referências aos Cuidados Paliativos no código de ética médica brasileiro.

O desafio é lembrar que, apesar do grande avanço tecnológico e possibilidade de prolongamento da vida, devemos contrapor a questões éticas referentes à dignidade humana (PESSINI, 2006). A guerra obstinada contra a morte, nos casos de pacientes em Cuidados Paliativos, não deve ser encarada como algo obrigatório que médicos devam realizar. Faz-se necessária a compreensão da dignidade humana, enxergando os limites da medicina, não sendo a morte um resultado do fracasso da medicina (TORRES, 2008).

Metade dos entrevistados desconheciam sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. A outra metade respondeu que a DAV deve ser registrada por escrito. Cinco destes médicos disseram crer que é um documento que deve ser registrado em cartório e dois imaginaram que a presença de um advogado seria necessária.

A real possibilidade de efetivação das DAV somente ocorrerá quando todas as partes envolvidas tiverem pleno conhecimento. O médico é parte fundamental para execução das diretivas, desvela-se, então, uma realidade que urge ser mudada.

Um estudo feito na Califórnia por Periyakoil *et al.* (2014) sobre a opinião dos médicos em relação a DAV revelou que profissionais de especialidades clínicas apoiaram mais as diretivas antecipadas. Médicos de área cirúrgica e ortopedia foram menos favoráveis às DAV. O mesmo estudo concluiu que 88 % dos mais de mil médicos que responderam ao questionário em 2013 preferem receber Cuidados Paliativos em seu fim de vida. Em contraste a este dado, nem todos se mostraram favoráveis às DAV e contra à obstinação terapêutica.

Sobre o conhecimento do que é sedação paliativa, 20 dos entrevistados disseram conhecer a prática. No entanto, menos da metade dos entrevistados deram respostas que mostraram compreender o que é sedação paliativa e sua ampla indicação, servindo não apenas para alívio de dor, mas de outros sintomas refratários e alívio de sofrimentos intratáveis. Quatro dos entrevistados não conheciam o termo e nove entrevistados conheciam, mas acreditavam ser indicado apenas para alívio do sintoma dor refratária, não citando outras indicações além da dor. Chamou-nos a atenção que dois entrevistados referiram acreditar que a sedação paliativa é “quase uma eutanásia”.

A sedação paliativa é uma intervenção médica instituidora de alívio de sofrimento e dignidade de morte para pacientes em fim de vida com sintomas refratários a outros tratamentos. É o médico o único profissional autorizado a realizar esta prescrição. Sendo assim, o desconhecimento médico sobre este tratamento poderá acarretar aos pacientes uma morte carregada de sofrimento. Por consequência, pacientes em fim de vida também podem gerar sofrimento ao médico, munido pelo sentimento de impotência em relação ao arsenal terapêutico para aliviar o sofrimento do ser humano que se encontra sob sua responsabilidade.

4. CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos nessa população específica, pode-se concluir que alguns médicos apresentam compreensão superficial sobre os princípios e termos relativos aos CP. Observou-se que médicos desconhecem conceitos importantes com indicação de sedação paliativa e as diretivas antecipadas de vontade. Além disso, muitos não possuem a visão sobre a necessidade de solicitar o auxílio de uma equipe

multidisciplinar e o quão desrespeitam a dignidade humana instituindo medidas de futilidade terapêutica.

Mais estudos em relação ao conhecimento médico com relação às Resoluções do CFM que falam sobre CP parecem ser importantes. Quanto mais informados sobre as normatizações que reforçam o caráter ético e legal da prática dos Cuidados Paliativos, inferimos que maior será o número de médicos que estarão em consonância com este tipo de atendimento e cuidado.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de: Luís Antero Reso e Augusto Pinheiro. Lisboa: Editora Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2014**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2015.

BRUERA, E. Palliative sedation: When and how? **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n. 12, p. 1258–1259, 2012.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Diário Oficial da União. Brasília: DF. 28 nov. 2006, Seção I, pg.169.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.931**, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: DF, 2010. 70p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1995** de 31 de agosto de 2012. Dispõe Sobre Diretivas Antecipadas dos Pacientes. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 9 ago, 2012. Seção I, pg. 269-70.

DADALTO, L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**, n. 28, p. 61–71, 2013.

DADALTO, L. **Testamento Vital**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2015.

GRINBERG, A. R.; TRIPODORO, V. A. Futilidad Médica y Obstinación Familiar en Terapia Intensiva. Hasta Cuándo Seguir y Cuándo Parar? **Journal MEDICINA (Buenos Aires)**. v. 77, n. 6, p. 491-496, 2017.

JUNGES, J. R., **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1999.

KIRA, C. M. Sedação Paliativa. In: CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (orgs). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. p. 517-30.

PERIYAKOIL, V. S. *et al.* Do Unto Others: Doctors' Personal End-of-Life Resuscitation Preferences and Their Attitudes toward Advance Directives. **PLOS ONE**. v. 9, n. 5, p. 1-9, 2014.

PESSINI, L. **Bioética: um grito por dignidade de viver**. São Paulo: Paulinas, 2006.

SANCHO, M. G. *et al.* Organización Médica Colegial de España (OMC) y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. **Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones**. Espanha, 2015.

SANTOS, F. S. Para além da dor física-trabalhando com a dor total. In: SANTOS, F. S. (org) **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 411-426.

TORRES, J. H. R. A omissão terapêutica a pacientes terminais sob o ponto de vista jurídico. Deixar morrer é matar? **Revista Ser Médico**. v. 43, abril/maio/junho, 2008.

TORRES, J. H. R. Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia. In: MORITZ, R. D. (org). **Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer**. Brasília: CFM, 2011. p. 157-185.

TORRES, J. H. R. Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia. Quando deixar morrer não é matar. In: CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (orgs). **Manual de Cuidados Paliativos** ANCP. 2 ed. Local: Editora, 2012. p. 415-438.

CAPÍTULO 16

BIOÉTICA E EDUCAÇÃO MÉDICA: RELATO DE UM PARALELO ENTRE A ÉTICA NORMATIVA E A BIOÉTICA COTIDIANA

Mariana Andréa de Moura Henicka

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: marihenicka@gmail.com

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Escola de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: rita.lima@univali.br

1. INTRODUÇÃO

1.1 PENSANDO A OFICINA

O primeiro semestre de 2019 foi de intensa mobilização discente no curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). As conversas que tomavam os corredores e o tempo livre entre uma aula e outra eram no sentido de materializar mais uma edição do Congresso Catarinense e Paranaense de Educação Médica (CCPEM), que aconteceria pela primeira vez na UNIVALI. Estávamos tomados pelo entusiasmo gerado a partir da liberdade de criar um evento pensado por estudantes para estudantes, sem pressões institucionais e obrigações curriculares a cumprir, com o potencial de realizar uma programação e trazer discussões a partir de nossos anseios, e visando a uma formação mais reflexiva e crítica, conforme a temática central do próprio CCPEM. Foi em meio a esse processo orgânico de construção do congresso, em uma conversa informal entre estudantes, que veio à tona a ideia de uma oficina sobre Bioética.

Nossas motivações para pensar essa oficina partiam de um sentimento de inquietação, gerado pelo distanciamento do conceito da ética e, por consequência, da Bioética, em grande parte dos acadêmicos de medicina. O que, afinal, significa essa palavra, a qual é pauta de inúmeras aulas expositivas, desde o âmbito acadêmico até congressos médicos? Indo mais a fundo, qual o significado desse conceito aplicado à prática médica? Desde os primeiros dias de faculdade, ouve-se falar sobre o Código de Ética Médica: que precisamos lê-lo e relê-lo e compreendê-lo (talvez até decorá-lo, como sugerido por alguns professores), na intenção de que nos tornemos profissionais éticos, para que saibamos “o que é correto e o que não é”, no âmbito da profissão que escolhemos exercer. Somos apresentados aos princípios da não maleficência, antes de qualquer coisa, e da beneficência, sempre que possível, princípios que, quando se é calouro e ingênuo, parecem possuir sentido completo e ser a resolução de todos os problemas. Contudo, conforme vamos adentrando de fato esse novo mundo – passando a ter contato com “o homem na totalidade das suas expressões e na infinitude da sua realização como pessoa, que toma o homem na singularidade de sua individualidade e na universalidade de sua humanidade” (NEVES, 2009, p. 1) – e tomando dimensão de sua complexidade, começamos a compreender que os princípios, sob os quais dedicamos tanto tempo de estudo, não são suficientes frente às incontáveis particularidades que cabem em cada caso moral no nosso país.

Tendo em vista o entusiasmo e a necessidade de preencher essa lacuna formativa, acadêmica e pessoal, os quais serviam como motor para a ação, precisávamos encontrar alguém com conhecimento do assunto e que, ao mesmo tempo, soubesse trazê-lo da maneira simplificada e acessível. O nome de uma professora querida veio a nossa mente, não apenas pela proximidade entre ela e seus alunos, mas também, e principalmente, por sua afinidade com a temática, pelo fato de a Bioética ter sido a área de concentração sobre a qual desenvolveu suas teses de mestrado e doutorado. Ao convidarmos a professora e pesquisadora Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima, ela, com sua experiência no assunto, nos questionou “Sobre qual ética vocês querem tratar?”. Foi nesse instante que se iniciou a aproximação da proposta da nossa oficina com o trabalho de Giovanni Berlinguer.

Antes de conhecer como se deu o processo da oficina em si, queremos tecer algumas linhas sobre a gênese da Bioética, para compreender a relevância – e, por que não, a atualidade – de estudar sua obra.

2. SOBRE BIOÉTICA

O termo Bioética pode ser considerado um neologismo e sua trajetória segue sendo motivo de estudo e tema de atualizações. Até pouco tempo, acreditava-se que a palavra teria sido cunhada em 1970-71 por Van Rensselder Potter, um bioquímico estadunidense, ao escrever os artigos "*Bioethics, science and survival*" e "*Bioethics: bridge to the future*". Potter defendia um sentido ecológico, uma ponte entre a ciência biológica e a ética, com a intenção de pensar alternativas sustentáveis ao progresso e ao avanço tecnológico, visando à sobrevivência; por isso sua definição de Bioética como a "ciência da sobrevivência humana" (PESSINI, 2013, p. 10).

Entretanto, uma dúvida quanto à paternidade do termo aflorou na comunidade científica em 1997, quando Rolf Lothar, um professor da Universidade Humboldt de Berlim, mencionou o nome de Paul Max Fritz Jahr como tendo cunhado o termo *Bio-Ethik*, em uma publicação de 1927, intitulada "*Bio-Ethics: a review of the ethical relationships of humans to animals and plants*". Neste trabalho, Jahr apresentara uma abordagem até mais abrangente do que a da década de 70, pois sua proposta, de imperativo bioético, era justamente ampliar o imperativo moral de Kant para todas as formas de vida (PESSINI, 2013).

O período de 1970 a 1990 foi marcado por diversos debates acadêmicos acerca da Bioética, especialmente a respeito de "sua pertinência teórica e legitimidade

prática” (SCHRAMM, 1996, p. 130). Na década de 90, a notoriedade mundial conquistada pela Bioética dos princípios, conhecida como ética médica, foi tensionada por movimentos de resistência, já que o caráter universal de seus princípios começava a ser criticado por países da Europa, da América Latina, e por seu próprio país de origem – os Estados Unidos da América. Os movimentos de resistência foram conduzidos por um forte contra-argumento: a Bioética dos princípios é limitada para responder universalmente à diversidade de contextos sociais e culturais (GARRAFA; KOTTOW; SAADA, 2006).

A partir das reflexões de Potter, surgiram várias Bioéticas em países europeus e latino-americanos, na década de 80 e 90, respectivamente. Bioética Cotidiana, capitaneada pelo médico, político, sanitarista, e ambientalista italiano Giovanni Berlinguer, nascido na Sardenha nos anos 20, é um bonito exemplo de Bioética europeia.

A socialização do modo berlingueriano de ver a ética aplicada a problemas morais se deu em uma conferência intitulada “Bioética cotidiana e Bioética de situações limites”, em 1988, no Congresso do Instituto Gramsci “Questões de Vida - Ética, Ciência, Direito”. Na exposição, que já havia sido apresentada um ano antes na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade de Roma, Giovanni argumentou que enquanto os olhos atentos dos especialistas da época, bem como as informações que advinham de seus trabalhos, estavam voltados aos “casos de situações limites [...] casos de ‘eutanásia’, de ‘boa morte’ eventual” [...] [os] frequentes problemas morais e científicos que envolvem milhões e até bilhões” de pessoas eram ignorados. Segundo ele, milhões de mortes prematuras e injustas, as quais chamou de ‘cacotanásias’, estavam acontecendo devido à ausência de acesso à prevenção e tratamento adequados (BERLINGUER, 1993, p. 21).

Berlinguer foi um dos pioneiros do século XX a sugerir a existência de uma relação entre a saúde da população e as desigualdades sociais vivenciadas por ela. Desde 1959, ano em que a Editora Laterza & filhos publicou o livro “A medicina é doente” (tradução nossa), de sua autoria, em parceria com o companheiro Severino Delogu (COSMACINI, 2005, p. 462), os “[...] ‘núcleos de formação’ de uma consciência de reforma sanitária” intensificaram as suas discussões internas acerca da sistematização das matrizes que viriam a fundamentar o tão caro movimento sanitário (BALDASSERONI *et al.*, 1998, p. 42). O livro, que denunciava “o labirinto da assistência [...] acompanhado de sua gigante burocracia” (COSMACINI, 2005, p. 462),

passou a nortear os estudos dos “núcleos de formação”, conduzidos por Giovanni Berlinguer, Severino Delogu, Alessandro Seppilli, Giulio Macaccaro e Augusto Giovanardi, em prol de uma cultura reformista da saúde pública, em um tempo em que a própria sociedade italiana não sabia que se devia fazer uma reforma sanitária. “Não se imaginava que, com aquele livro, estava sendo escrito um dos primeiros capítulos da reforma sanitária italiana” (BALDASSERONI *et al.*, 1998, p. 42).

Em 1964, quatorze anos antes do Serviço Sanitário Nacional (o SUS italiano) ser criado, em um contexto social no qual apenas os trabalhadores organizados corporativamente estavam assegurados (sendo excluídos, portanto, os diversos trabalhadores do campo da Itália de 60), Giovanni concluiu um estudo nacional em que apresentara uma opção político-social para a saúde: um plano de descentralização do sistema de proteção social com priorização da Atenção Primária em Saúde (APS). O Plano Berlinguer antevia “um serviço sanitário articulado em todo território nacional, coordenado por 2.118 Unidades Sanitárias Locais (USL), com a tarefa de prestar assistência e superar o princípio de seguro de doença pela seguridade social”. A iniciativa foi apoiada pelo socialista Antonio Giolitti, então Ministro do Orçamento e Planejamento Econômico, mas refutada pelo socialista Luigi Mariotti, Ministro da Saúde na época, que defendia uma ampla reforma hospitalar (COSMACINI, 2005, p. 491). Em 12 de fevereiro de 1968, o Parlamento italiano aprovou a Reforma Hospitalar, por meio da Lei n. 132 (ITÁLIA, 1968). Dez anos depois, o Plano Berlinguer foi concretizado na Reforma Sanitária italiana que conquistou o Serviço Sanitário Nacional.

Como se não bastasse sua relação íntima com a saúde pública italiana, Giovanni Berlinguer também possuiu estreita relação com o Brasil, germinada e cultivada ao longo da segunda metade do século XX. Esta relação exerceu papel importante, direta e indiretamente, na história da saúde pública brasileira. Indiretamente, através do seu papel orgânico no processo de reforma sanitária italiana, que foi uma base fundamental da luta e conquista do SUS, inscritas na nossa Constituição de 1988; e diretamente, através de seu ativismo no movimento sanitário mundial e na luta pela democratização da saúde (CEBES, 2015). Sua primeira visita ao Brasil aconteceu em 1951, quando participou de manifestações junto à União Nacional dos Estudantes (FIOCRUZ, 2007).

3. OS PORQUÊS

O sentido da aproximação entre Berlinguer e seu trabalho com a oficina em um congresso de educação médica se deu não apenas pela obviedade deste ter sido um grande personagem na história médica, brasileira e mundial, mas também pelo fato de que sua ética não se deu apenas no discurso dentro do meio acadêmico – em realidade, foi uma ética aplicada.

Uma ação pode muito bem ser tomada sem reflexão prévia e não possuir a menor implicação na vida de outras pessoas; na prática médica cotidiana, porém, as ações afetam a vida de outro(s), terceiros e, portanto, exigem reflexão prévia para que sejam realizadas, e esta reflexão é dirigida pelo sistema de valores disponível de cada indivíduo, com vistas à deliberação e à responsabilização (LIMA, 2019).

Esta oficina nasceu da necessidade de compreensão e apropriação do conceito Bioética, a fim de que esta possa ser a balizadora das deliberações da prática médica. Mais especificamente, a finalidade de se pensar a Bioética sob a perspectiva proposta por Berlinguer foi justamente a de promover a autonomia do futuro profissional médico, uma vez que a ética direcionada para a prática se coloca como instrumento utilizável na totalidade das vivências, não apenas em parte delas, como consideramos ser o caso da ética principialista. Para dar luz a essa finalidade, e levando-se em consideração a familiaridade dos acadêmicos de medicina com a ética principialista, optamos por traçar um paralelo entre elas, apontando suas aproximações e suas distâncias.

4. QUANTO À METODOLOGIA

Para traçar esse paralelo, a oficina se deu em três momentos.

No primeiro, apresentamos brevemente como se daria a oficina e passamos para as apresentações dos participantes, seguidas de relatos acerca do contato prévio de cada um com a temática. Frente ao desejo e curiosidade manifestados pelos acadêmicos de compreender o sentido da oficina, se apresentou a necessidade de uma breve exposição da ética – na medida em que é possível falar de maneira breve acerca de uma área do conhecimento tão amplamente estudada ao longo da história, de maneira tão diversificada. Dessa forma, os participantes puderam se apropriar do sentido basilar da Bioética: a aplicação da ética (em seu sentido filosófico, por ser reflexiva e indagativa) em problemas moralmente questionáveis.

Após, foi apresentado o quarto episódio da primeira temporada da série Unidade Básica (2016), com o qual se pretendeu estabelecer um pano de fundo à discussão e ao paralelo a ser traçado, uma vez que o seriado retrata com fidelidade diversos momentos presentes no dia a dia da Atenção Primária em Saúde e, portanto, da prática médica. No terceiro momento, foram discutidos os problemas éticos identificados pelos participantes. No quarto e último momento, por sua vez, partiu-se finalmente para uma introdução à Bioética do cotidiano, a partir de uma breve explicação e exemplificação de como os conflitos éticos – aqueles identificados pelos participantes no episódio do seriado – podem ser enfrentados e superados.

5. EPÍLOGO

De toda esta experiência, consequente da organização de uma oficina sobre um dos temas mais onipresentes da formação, obtiveram-se inúmeros frutos, tantos que, mesmo após um ano de sua realização, continuam a surgir. Os mais diretos foram o preenchimento de uma lacuna formativa, a da Bioética, e o aprofundamento em uma discussão extremamente necessária acerca das diferentes maneiras de se pensar este tema. Além disso, os acadêmicos puderam se deparar com uma série de contradições que, muito possivelmente, irão fazer parte do seu cotidiano enquanto profissional. Mesmo aqueles que não optarem pela Medicina de Família e Comunidade, uma vez que grande parte dos médicos recém graduados inicia sua carreira no SUS, mais expressivamente na Atenção Primária do SUS, cenário no qual o seriado "Unidade Básica" é ambientado, tem a oportunidade de exercitar a reflexão sobre a Bioética.

Especialmente para mim, que fui convidada a revisitar o congresso, a oficina e a Bioética para escrever este capítulo, um fruto em especial foi gerado a partir da correlação da atual conjuntura com a Bioética Cotidiana. Dado o momento histórico presente, de pandemia e do imenso prejuízo humano causado por ela – mas não somente, uma vez que o histórico de subfinanciamento do SUS e de ataques midiáticos a esse Sistema construíram a precarização, que hoje está evidenciada por conta da necessidade, urgente, de um SUS fortalecido para enfrentar o novo coronavírus –, a crítica feita por Berlinguer acerca das 'cacotánasias' se faz atual e revisita-la se torna ainda mais relevante.

Esse contexto ressalta a importância de se refletir e estabelecer discussões acerca da questão universitária e, mais especificamente, da formação médica, com o

objetivo de promover um processo revolucionário de transformação, a fim de que estas abandonem práticas alienadas e passem a observar e refletir a realidade. Ou seja, uma universidade e os processos formativos que dela advém pensados a partir das necessidades da população brasileira.

A formação médica voltada para a realidade brasileira só se materializa de fato quando fomenta uma ética orientada para a ação política, em concordância com a determinação social do processo saúde-doença; com o fortalecimento da atenção primária enquanto estratégia e do controle social; e, por consequência, com a realização de um SUS que cuide integral e democraticamente de sua sociedade.

REFERÊNCIAS

BERLINGUER, G. **Questões de Vida**. Ética Ciência Saúde. Salvador-São Paulo-Londrina: APCE-HUCITEC-CEBES, 1993.

BALDASSERONI, A. *et al.* **Invito alla lettura di Giovanni Berlinguer**. Roma: ISPESL. National Institute for Occupation Safety and Prevention, 1998.

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. Brasília: Editora UnB, 2015.

CEBES. **Giovanni Berlinguer, grazie mille!**. CEBES, 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/04/giovanni-berlinguer-grazie-mille/>. Acesso em: 03 de junho de 2020.

COSMACINI, G. **Storia della Medicina e della Sanità in Italia**. Roma: Laterza, 2005.

FIOCRUZ. **Sanitarista Giovanni Berlinguer abre ano acadêmico e recebe título de doutor 'honoris causa'**. Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sanitarista-giovanni-berlinguer-abre-ano-acad%C3%AAmico-e-recebe-t%C3%ADtulo-de-doutor-honoris-causa>. Acesso em: 03 jun. 2020.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. **Bases Conceituais da Bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Ed. Gaia, 2006.

ITÁLIA. **Legge n. 132**, 12 Febbraio 1968. Gazzetta Ufficiale n. 068 del 12/03/1968. Enti Ospedalieri e Assistenza Ospedaliera. Disponível em: http://www.aienp.it/documents/legislativi/legge_132-1968.pdf. Acesso em: 23 de junho de 2020.

LIMA, R. C. G. S. Em defesa da ética aplicada: contribuições de Giovanni Berlinguer. In: DA ROS, M. A. (Org.). **Como pensa a contra-hegemonia na área da saúde**. Série Conhecimento em Movimento. Volume 1. Itajaí: Editora Univali, p. 99-115, 2019.

NEVES, M. C. P. A Fundamentação Antropológica da Bioética. **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, p. 1-9, 1996.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 9-19. 2013.

SCHRAMM, F. R. Bioética nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 130-131, 1996.

UNIDADE BÁSICA. **(Temporada 1, ep. 4)**. Direção: Carlos Cortez, Caroline Fioratti. Produção: Caio Gullane, Debora Ivanov, Fabiano Gullane. Roteiro: Newton Cannito. Brasil: Gullane em coprodução com NBC Universal International Distribution, 2016.

CAPÍTULO 17

CURRÍCULO OCULTO NA EDUCAÇÃO MÉDICA: UM ESTUDO DE CASO DE UM CURSO DE MEDICINA

Lucas Viechniewski Vasconcellos

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: lucasvasconcellos@hotmail.com

Vicente Andreatta Dalcol

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: vicenteandreattadalcol@gmail.com

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr

Pós-Doutor em Saúde Coletiva. Docente do curso de Medicina Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Campus Araranguá.
E-mail: carlos.garcia.junior@ufsc.br

Emerson da Silveira

Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: e-s-silveira@uol.com.br

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor e Pós-doutor em Saúde Coletiva. Professor do curso de Medicina e Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: marcos.aurelio@univali.br

1. INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina estabelecem como perfil desejado um profissional com formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética e, além disso, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com interferências construtivas na visão a respeito da sociedade, identidade, cultura e profissionalismo (BRASIL, 2014).

A educação médica pode ser definida como processo de formação do profissional médico, por meio da sistematização e acúmulo de conhecimento e habilidades para a prática profissional, que se dá pelo desenvolvimento das práticas curriculares (VEIGA, 2015).

O conceito de currículo nasce da ideia de padronização do ensino a partir da criação e do agrupamento de regras. Para Tavares *et al.* (2007), currículo seria uma construção social da escola, na qual delimita o planejamento do tempo, espaço e conteúdo das experiências de aprendizagem. Portanto, é um processo social legitimado pelo contexto histórico, repercutindo as visões da sociedade, assim como seus conflitos.

Assim, o currículo pode assumir uma série de variantes: o formal, oficialmente planejado e exposto como plano da instituição; o informal, quando os estudantes tomam a iniciativa de buscar experiências extracurriculares, que contribuam com sua formação; o paralelo, constituído pelas atividades que ocorrem fora do ambiente acadêmico; e o oculto, com perspectivas, valores e ensinamentos passados de maneira não-intencional (e por vezes intencional), não-escrita e de maneira não-oficial (LUCA, 2016; GARDESHI; AMINI, NABEIEI, 2018).

Nesse sentido, o currículo oculto pode gerar contradições com o currículo formal, tensionando o cumprimento dos objetivos do curso e por consequência interferindo no desenvolvimento do perfil profissional desejado pelo curso.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é discutir a interferência do currículo oculto na formação médica, a partir de um estudo de caso.

2. METODOLOGIA

Por ser se tratar de um estudo que busca os significados, motivações, crenças, valores e atitudes que interferem na construção de processos (MINAYO, 2008), optou-se por uma abordagem de natureza qualitativa de pesquisa.

O estudo foi realizado com estudantes do curso de medicina, com representação de todos os doze períodos do curso, sendo dois por período, totalizando 24 acadêmicos. Os estudantes foram escolhidos por meio de sorteio aleatório, a partir da lista fornecida pela coordenação do curso. Como critérios de exclusão, foram considerados participantes menores de 18 anos e/ou os que não desejassem participar do estudo.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, que foram gravadas e posteriormente transcritas preservando a identidade dos participantes. Para a análise de dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temático (MINAYO, 2008).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê Ética e Pesquisa, cumprindo os requisitos da resolução CNS 466/12, sob parecer nº 2.870.726, em 03 de setembro de 2018.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e análise das entrevistas, foram identificadas três grandes categorias relacionadas à ocorrência do currículo oculto: Relações Interpessoais; Transmissão de Valores; e Organização Curricular.

3.1 RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Nesta primeira categoria, os acadêmicos entrevistados, afirmaram que as relações interpessoais interferem de forma importante na formação. A relação com professores e profissionais dos serviços de saúde podem facilitar ou dificultar o processo de aprendizagem.

A relação com professores ainda parece ser marcada por um modelo impessoal e hierárquico. O modelo tradicional de aulas expositivas com grande número de alunos em sala dificulta uma relação mais pessoal e participação mais ativa do aluno. O rompimento dessa lógica só parece ocorrer no internato médico, quando existe um menor número de alunos por cenário/professor, o que torna a relação mais próxima e consequentemente mais pessoal.

Porém, independente do cenário, ainda se nota uma relação hierárquica e autoritária do professor, na qual o aluno tem medo de se posicionar e esclarecer dúvidas, tomando um papel passivo e resultando em um ensino autoritário focado no professor.

Os entrevistados também identificaram um afastamento da relação entre discente e funcionários dos serviços de saúde (não docentes) nos cenários de prática,

e tal fato pode contribuir para uma conduta menos ativa do aluno no processo de aprendizagem.

Essas limitações das relações interpessoais se contrapõem com a proposta do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) que propõe um ensino centrado no aluno (UNIVALI, 2017).

Um aprendizado centrado no aluno pressupõe relações horizontais entre alunos e professores, nas quais o docente assume um papel de facilitador do processo de aprendizagem do aluno. Além disso, ter o aluno como centro também aponta para a necessidade de cenários de prática preparados e adequados ao processo de ensino-aprendizagem. O vínculo frágil entre discente e profissionais de saúde pode ainda dificultar o desenvolvimento do exercício da integralidade do cuidado.

Ortega *et al.* (2014) reforça que professores que criam vínculo com os alunos, deixando-os em posições mais ativas na relação, conseguiram condições para o desenvolvimento humanístico, com reflexões aprofundadas sobre as tomadas de decisão.

Rios e Schraiber (2012) relatam sobre a grande influência da relação entre docente e discente para a formação da atitude profissional do futuro médico, tanto para a correção de erros como para a criação de vícios. A onipotência do professor pode gerar baixo protagonismo e passividade dos alunos, configurando uma influência negativa no processo de aprendizagem.

Tal relação também foi evidenciada em estudo de Luca (2016), no qual foi notada uma hierarquia com relação vertical entre professor/aluno, por meio do medo e intimidação, o que resultaria em aumento de competitividade entre discentes e autocobrança. Como consequência indireta, também poderia ocasionar falta de apoio entre colegas nas situações de dificuldade acadêmica e uma consequente imagem estigmatizada, em casos de reprovação.

3.2 TRANSMISSÃO DE VALORES

Ao agrupar relatos que discutiam sobre a “transmissão de valores”, foi possível identificar princípios compatíveis com o PPC: formação humanista, reflexiva e ética (UNIVALI, 2017).

Pelos relatos dos acadêmicos entrevistados, na parte teórica foi destacada a importância do desenvolvimento da empatia e de uma visão biopsicossocial do paciente, com tolerância e humildade, principalmente abordados pelas disciplinas de Humanidades Médicas.

No entanto, foi visto um conflito com o que realmente ocorre na prática, com comportamentos de deboche por parte de alguns professores, em situações que os alunos tentavam demonstrar empatia com os pacientes, mostrando uma perda de sensibilidade, e contradição com o modelo proposto no currículo formal.

Segundo Foster e Roberts (2016), a relação médico-paciente se inicia para o estudante de medicina pelo exemplo do professor, que atuaria como uma espécie de guia na abordagem do paciente, em diferentes situações que podem fazer parte da prática médica. Segundo Moyo *et al.* (2019), os valores aprendidos no decorrer do curso influenciam diretamente na tomada de decisão e no pensamento crítico.

Luca (2016) aborda em sua pesquisa a importância dos modelos profissionais na formação da identidade do futuro profissional médico (consciente ou inconscientemente), cabendo ao aluno saber identificar e interpretar o que julga correto. Além disso, descreve a ocorrência do currículo oculto no processo de deterioração de humanismo na formação médica, com distanciamento entre a teoria e a prática exibida pelos docentes.

O perigo desta dicotomia é que fica por conta do aluno a separação do “joio e do trigo”, e a admiração pela capacidade técnica do professor pode confundir o limite do bom senso e do ético pelo aluno em formação.

Benedetto e Gallian (2018) reiteram a dicotomia entre o discurso teórico e a prática médica, em que os orientadores discursam sobre humanização e na prática chegam a destratar o paciente. Há, ainda, um enfoque pragmático na relação com a prerrogativa de que ser empático e humanista traria sofrimento ao profissional, devendo este se ater exclusivamente a aspectos técnicos, com claro desencorajamento de professores para um atendimento humanizado.

3.3 ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

De modo geral, a alteração no currículo formal da instituição, ocorrida gradualmente a partir do segundo período de 2014 (visando um perfil mais generalista na formação médica), foi vista de maneira positiva pelos acadêmicos, com uma diminuição da segregação de conteúdos entre os ciclos básico, clínico e internato, em relação ao currículo antecedente.

Todavia, contradições foram levantadas em relação nova matriz. Como exemplo da permanência do foco na doença e na especialidade, sobretudo no internato médico, fugindo do perfil generalista proposto no PPC (UNIVALI, 2017),

ainda que tenham tido relatos de ampliação de cenários e atividades práticas mais generalistas.

O ensino centrado na doença, de base flexneriana, ainda é corrente em diversos cursos de medicina, em contraposição o modelo de integralidade propostos pelas DCN. A ênfase nas especialidades no internato médico acabaria preterindo vivências de problemas mais prevalentes e cenários com enfoque mais generalista conforme proposto no PPC, enfatizando situações mais presentes em âmbitos das especialidades (VEIGA, 2015; UNIVALI, 2017).

Outro aspecto que dialoga com o modelo flexneriano foi identificado pelos alunos nas atividades práticas, com atendimentos rápidos, seriados e com grande demanda na maioria dos cenários, com pouco espaço para uma prática mais integral e singular.

Esta lógica de queixa-conduta propicia a perda de sensibilidade e empatia, além de dificultar a visão integral do paciente, não sobrando tempo para ações como promoção e prevenção, o que contrapõe ao perfil de profissional pretendido pelo curso.

Luca (2016) também faz em sua pesquisa uma crítica quanto a estrutura do internato médico, em que os internos são vistos como “tocadores de serviço”, seja por médicos, funcionários ou até mesmo pelos próprios colegas, visão por vezes agravada pela ausência de supervisão e preceptoria adequadas.

Outro ponto levantado pelos entrevistados foi quanto a metodologia proposta pelo curso, na qual consideram as aulas práticas como as mais eficientes para o aprendizado na graduação, principalmente pelo número reduzido de alunos durante a atividade. A crítica fica por conta de uma metodologia conservadora centrada no professor, na qual o aluno tem autonomia reduzida, o que contraria o PPC que coloca o aluno no centro no processo de ensino-aprendizagem (UNIVALI, 2017).

Luca (2016) critica a metodologia passiva de ensino, com longas aulas, hierarquização e pouca interação entre professor e aluno. A consequência da passividade é um desestímulo a autonomia e ao raciocínio crítico e investigativo (PEREIRA *et al.*, 2018). Em contrapartida, Haidet *et al.* (2004), afirma que aulas com foco exclusivo na exposição do conteúdo podem ser substituídas por atividades práticas desenvolvidas na metade do tempo, com maior engajamento dos alunos e sem a perda da aquisição de conhecimento.

De forma positiva, foi relatado por um número grande de entrevistados o aumento e a inserção precoce nas atividades práticas na mudança curricular. Tais adequações foram muito elogiadas, o que fortalece o desenvolvimento do currículo formal descrito.

Além disso, segundo os alunos, os valores éticos e a integralidade da atenção estão bem explicados no bloco teórico no decorrer da graduação, conforme propõe o PPC (UNIVALI, 2017). No entanto, mantêm o distanciamento no âmbito prático.

A transmissão de valores e ensinamentos no processo de ensino-aprendizagem se dá pelas práxis. Práxis é a fusão da compreensão da realidade com a ação realizada sobre ela, com teoria e prática em um mesmo processo (WACHOWICZ, 2009). Sem alinhamento entre teoria e prática, o que acaba prevalecendo no processo formativo é a vivência prática.

Nesse sentido, partindo do princípio que o currículo oculto serve de veículo disseminador de valores e prática, podemos nos deparar com situações em que as mensagens transmitidas conflitam com o que se ensina formalmente, acarretando em um processo educacional falho estruturado sobre informações ambíguas, contradições e inconsistências (HILL *et al.*, 2014).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa apontaram a grande influência que a ocorrência do currículo oculto exerce na formação acadêmica, em especial na educação médica.

Ainda que a proposta geral do currículo formal, expressa no Projeto Pedagógico do Curso, foque em uma formação mais generalista e integral – com apontamentos que sugerem uma organização centrada no aluno – a própria estrutura de desenvolvimento curricular ainda se mostra conservadora, propiciando o aparecimento do currículo oculto. Essa organização é corroborada por professores que também exercem forte influência na manutenção de uma formação baseada no modelo flexneriano. Isso pode ser observado no exercício prático de docência, nas atividades assistenciais assistidas pelos alunos, na relação com os pacientes e alunos, e na escolha dos cenários de prática, contrapondo o eixo da integralidade proposto pelo curso.

Por outro lado, também foi possível notar na fala dos acadêmicos a identificação destas contradições e sua influência negativa, servindo de exemplo a

não ser seguido em suas futuras carreiras profissionais, demonstrando uma espécie de resistência ao currículo oculto.

Importante destacar, ainda, que as falas nunca vão no sentido da generalização. Existem tentativas de cumprimento do currículo formal, mas é possível identificar forte influência do currículo oculto na formação.

A importância do presente trabalho é que ele chama atenção aos processos que almejam mudanças curriculares, não podendo se restringir a simples construção de uma nova matriz curricular. Reitera-se que a formação é resultado de um processo de socialização da escolaridade e pode ser identificado pelo conjunto de interações sociais dentro e fora do ambiente acadêmico. Nesse sentido, é imperativo que as propostas de mudanças incluam situação diagnóstica da escola, especialmente com protagonismo estudantil neste processo.

REFERÊNCIAS

- BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, p. 1197-1207, 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- FOSTER, K; ROBERTS C. The Heroic and Villainous: a qualitative study characterising the role models that shaped senior doctors' professional identity. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 1, 206, 2016. DOI: 10.1186/s12909-016-0731-0.
- GARDESHI, Z.; AMINI, M.; NABEIEI, P. The perception of hidden curriculum among undergraduate medical students: a qualitative study. **BMC Research Notes**, v. 11, n. 1, p.1-4, 2018.
- HAIDET, P. *et al.* A Controlled Trial of Active versus Passive Learning Strategies in a Large Group Setting. **Advances In Health Sciences Education**, v. 9, n. 1, p.15-27, 2004.
- HILL, E. *et al.* You've got to know the rules to play the game: how medical students negotiate the hidden curriculum of surgical careers. **Med Educ**, v. 48, n. 9, p. 884-894, 2014.
- LUCA, T. A. C. Forças que reluzem nas sombras: o poder de deformação profissional do currículo oculto. **TCC (Graduação)**. Curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed., São Paulo: Hucitec, 2008. 408p.
- MOYO, M. *et al.* Effect of medical students' values on their clinical decision-making. **Journal Of Primary Health Care**, v. 11, n. 1, p.64-74, 2019.
- ORTEGA, J. *et al.* Evaluación de componentes del currículo oculto en estudiantes de medicina. *Rev. méd. Chile*, v. 142, n. 11, p. 1452-1457, 2014.
- PEREIRA, G. A.; STADLER, A. M. U.; UCHIMURA, K. Y. O Olhar do Estudante de Medicina sobre o Sistema Único de Saúde: a Influência de Sua Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p.57-66, 2018.
- RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. A relação professor-aluno em medicina - um estudo sobre o encontro pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 308-316, 2012.
- TAVARES, C. H. F. *et al.* O currículo paralelo dos estudantes da terceira série do curso médico da Universidade Federal de Alagoas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 245-253, 2007.
- UNIVALI. Centro de Ciências da Saúde. **Projeto Pedagógico Institucional do curso de Medicina**. Itajaí: Univali, 2017.
- WACHOWICZ, L. **Pedagogia Mediadora**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.
- VEIGA, M. V. Elementos para a mudança curricular no curso de medicina de uma universidade no sul do Brasil. **Dissertação (Mestrado)** - Curso de Medicina, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2015.

CAPÍTULO 18

ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Amanda Grande

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: amandargrande@hotmail.com

Fernanda Koehler dos Santos

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: frndakoehler@gmail.com

Jéssica Provim

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: jeprovim@hotmail.com

Julia Stahelin

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: stahelinjulia@gmail.com

Luiz Gustavo Teixeira Pinto

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: lgtpinto@hotmail.com

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor e Pós-doutor em Saúde Coletiva. Professor do curso de Medicina e Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: marcos.aurelio@univali.br

1. INTRODUÇÃO

A experiência do sagrado sempre mobilizou o ser humano, dando significado e propósito para a vida, cujos mistérios, experiências abstratas, subjetivas e noéticas foram transformadas em valores, crenças e ritos. Tais acontecimentos influenciaram o aparecimento de muitas religiões capazes de oferecer conforto espiritual, orientação e satisfação emocional (ASSIS, 2012; KOENIG, 2001).

Com o advento da Medicina Integral, a partir dos anos 80 começam a surgir investigações científicas incluindo variáveis relacionadas à espiritualidade e à religiosidade e seu impacto na saúde (KOENIG, 2015).

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui a espiritualidade no seu conceito de saúde, inclusive destacando que a qualidade de vida está relacionada em como o indivíduo percebe sua inserção na vida, no contexto da cultura, em sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (HARPER, 1998).

A espiritualidade “pode ser entendida como aquilo que traz sentido à vida das pessoas, ou mesmo uma propensão humana que busca significado à existência por meios que ultrapassam o concreto, que pode ou não incluir uma participação religiosa” (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2012). A percepção espiritual da realidade permite às pessoas darem significado para a vida cotidiana e organizarem subjetivamente suas vivências (PINTO, 2018). Esta relação entre o espiritual e o cotidiano é o que move a existência humana, podendo ser alcançada pela prática religiosa ou mesmo outros meios como a meditação, a arte, o contato com a natureza, e até por meio de sofrimento ou relacionamentos afetivos (FRANKL, 2000).

A religiosidade representa o aspecto institucional da espiritualidade, e está relacionada com crenças, rituais, escritas e símbolos (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2006).

A atenção ao aspecto da espiritualidade está em constante crescimento na prática de assistência à saúde e, aos poucos, a Ciência curva-se diante da grandeza e da importância desse aspecto na dimensão do ser humano (PERES *et al.*, 2007), uma vez que a ideia de observar o paciente na sua totalidade ganha força, tanto entre profissionais quanto em pacientes. Assim, uma abordagem integral prescinde de um olhar para os aspectos físico, emocional, social e espiritual (OKON, 2005).

2. EVIDÊNCIAS DA RELAÇÃO ENTRE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Um dos grandes limitantes da consideração dos aspectos espirituais na prática de saúde é pelo fato de remeter a uma dimensão subjetiva do conhecimento, assim como já fora aos aspectos emocionais. A questão espiritual sempre foi tratada com certo misticismo e de cunho não científico. O impulso de pesquisas relacionando a espiritualidade com a saúde começa a romper essa barreira, e o novo status de ciência ajuda a dar credibilidade no meio acadêmico-profissional.

Levin (2003) *apud* Vasconcelos (2010) em seu livro “Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura” (2003) resume os principais achados dos estudos envolvendo religião e saúde em: 1) as pessoas que assistem regularmente a serviços religiosos apresentam taxas mais baixas de doenças e de mortalidade do que aquelas que não frequentam regularmente esses serviços ou que não os assistem; 2) as pessoas que relatam uma afiliação religiosa apresentam taxas mais baixas de doenças cardíacas, câncer e hipertensão, que são as três principais causas de morte nos Estados Unidos; 3) pessoas mais velhas que participam de atividades religiosas particulares e institucionalizadas apresentam menos sintomas, menos invalidez e taxas mais baixas de depressão, de ansiedade crônica e de demência; 4) a prática religiosa é o maior determinante do bem-estar psicológico dos afro-americanos – mais importante até que a saúde ou as condições financeiras; 5) pessoas que têm vida religiosa ativa vivem, em média, mais do que as não religiosas.

Alguns autores têm relacionado, ainda, a espiritualidade com marcadores de imunidade, como interleucinas, e marcadores de inflamação, como proteína C-reativa. Lutgendorf (2004) mostrou que a frequência religiosa levaria à diminuição na interleucina-6 (IL-6), reduzindo a mortalidade. Há, também, evidências de menores níveis de proteína C-reativa (KING; MAINOUS; PEARSON, 2002) e menores níveis de cortisol (TARTARO, LUECKEN; GUNN, 2005) nos pacientes que possuem maior frequência religiosa. Essa resposta imunológica ajuda a explicar os melhores indicadores de saúde das pessoas que possuem maior espiritualidade.

Nesse sentido, pesquisas na área de neurociências vêm desvelando o eixo psico-neuro-endócrino-imunológico, relacionando uma melhor resposta em pessoas que praticam o altruísmo, a compaixão, a solidariedade, a amorosidade, ou mesmo as que apresentam enfrentamento (*coping*) religioso/espiritual e bem-estar (PINTO, 2018).

O poder destes sentimentos pôde ser observado em pesquisa realizada McClelland e Kirshnit (1988), na qual participaram 132 estudantes, sendo que 70 assistiram a um filme de Madre Tereza de Calcutá, e outros 62 assistiram a um filme sobre o triunfo dos aliados na II Grande Guerra. Foram dosadas as imunoglobulinas A salivares (IgA) nos dois grupos. Os resultados mostraram que houve aumento significativo da IgA salivar nos estudantes que assistiram ao filme de Madre Tereza em relação ao grupo que assistiu ao filme de guerra, sugerindo que há uma ativação positiva do sistema imune a partir de vivências positivas.

O benefício da atividade religiosa na saúde também pode estar verificado no abandono do tabagismo (NEUMANN; PEEPLES, 2001). No aspecto de saúde mental, apontam-se melhores indicadores em pessoas que realizam práticas religiosas (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Outros estudos demonstram ainda que indivíduos com níveis mais altos de espiritualidade e/ou religiosidade apresentam menor prevalência de depressão e ansiedade, melhor qualidade de vida, menos problemas cardiovasculares e menor mortalidade (PRÉCOMA; OLIVEIRA, 2019). Peres *et al.* (2007) constataram significativa melhora na qualidade de vida de pacientes com dor crônica quando estavam integrados aspectos da espiritualidade, fé e religiosidade.

Outras pesquisas que consideram a espiritualidade além da dimensão religiosa também demonstram os mesmos benefícios de ganhos em saúde. Uma pesquisa que comparou o efeito de diferentes formas de meditação em relação à ansiedade, ao humor e à dor, demonstrou-se que as práticas de meditação com envolvimento espiritual levaram a menores níveis de ansiedade, melhor humor e duas vezes mais tolerância à dor (WACHHOLTZ; PARGAMENT *apud* PERES *et al.*, 2007)

São, pois, notáveis as evidências das atividades de religiosidade e espiritualidade no âmbito orgânico e funcional da saúde. Futuras pesquisas e estudos ainda são necessários para aprofundar o saber e consolidar sua prática no campo da medicina.

3. A ESPIRITUALIDADE E A PRÁTICA MÉDICA

“Qual a razão para abordar a espiritualidade do paciente” é uma das perguntas mais realizadas pelos médicos em geral (LUCCHETTI *et al.*, 2010). Uma possível resposta é que muitos pacientes são religiosos e suas crenças os ajudam a lidar com muitos aspectos da vida, inclusive doenças (KOENIG, 2000).

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos sobre espiritualidade e sua relação com a assistência médica demonstraram que 95 % das pessoas acreditam em Deus, 77 % acreditam que os médicos devem considerar as suas crenças espirituais, 73 % acreditam que devam compartilhar as suas crenças religiosas com o profissional médico e 66 % demonstram o interesse de que o médico pergunte sobre a sua espiritualidade. Por outro lado, apenas 10 % a 20 % relataram que os médicos discutiram a espiritualidade durante o tratamento (OKON, 2005; LARSON, 2000).

A necessidade de uma percepção ampliada de ser humano urge na atualidade, pois estamos vivendo numa era de distorção intensa de valores morais e éticos, pouca solidariedade, forte individualismo, desamor, consumo irreflexivo e competitividade inconsequente (PINTO, 2018).

A parte técnica do saber médico requer esforço, mas, com a prática, torna-se um hábito. Já a capacidade de olhar nos olhos das pessoas e reconhecer todo o seu sofrimento, exige uma atenção plena em cada gesto, além do bom uso das palavras (LUCCHETTI *et al.*, 2010), o que torna tal abordagem mais complexa. Nesse sentido, poucos são os médicos que percebem as necessidades espirituais dos seus pacientes (PERES *et al.*, 2007) – alguns sentem-se desconfortáveis ao abordar o assunto, outros não consideram parte de seus trabalhos. O fato é que diversos médicos não sabem como e nem quando introduzir determinados assuntos, e sequer imaginam os desfechos, caso os incluíssem (MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007).

Um primeiro passo pode ser dado com o simples fato do profissional demonstrar interesse pelo aspecto espiritual do paciente, melhorando a relação médico-paciente e, conseqüentemente, o impacto das intervenções médicas a serem realizadas (PERES *et al.*, 2007). Porém, é possível ir adiante. O profissional deve ser capaz de ter um olhar profundo sobre o cuidar da pessoa, percebendo não apenas as queixas físicas, mas também valorizando o psíquico (sentimentos, emoções, intuições, razões), crenças, valores, significados e propósitos de vida. Desta forma, uma abordagem ampliada sobre o espiritual e o reconhecimento pelo paciente do seu processo de adoecimento e da sua capacidade de recuperação, municiam o profissional a dar as melhores respostas aos seus pacientes (PINTO, 2018).

Apesar disso, é importante esclarecer que não existe uma única forma de incorporar a espiritualidade na prática médica. Uma maior facilidade ou dificuldade vem da própria biografia do profissional, de seus valores, suas crenças - ou melhor, de sua espiritualidade.

A Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019) chama atenção para que a abordagem da espiritualidade seja feita de forma sensível – sem promoção de religião ou prescrição de orações ou práticas religiosas – no momento em que o profissional avalia os aspectos psicossociais do paciente (PRÉCOMA; OLIVEIRA, 2019).

Para os profissionais que se sentem menos a vontade de tratar o assunto de forma natural, existem instrumentos que auxiliam na abordagem da espiritualidade na prática médica, inclusive é possível utilizar o instrumento tanto em pacientes religiosos, quanto não religiosos (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

Um dos questionários mais populares é o FICA (F: *Faith or Beliefs*; I: *Importance and influence*; C: *Community*; A: *Address*), desenvolvido em 1999 por Christina Puchalski, o qual é reconhecido como um instrumento eficaz para obtenção da história espiritual do paciente. Esta ferramenta (Quadro 1) contempla questões que envolvem: fé, crença e sentido de vida; importância da fé na saúde; interação com comunidades afins; e ações no cuidado direcionadas pelas informações colhidas (LUCCHETTI *et al.*, 2010). Sua intenção é abrir possibilidades de conversa sobre a espiritualidade do paciente - e não realizar uma avaliação da mesma.

Quadro 01 – Questionário FICA (F: *Faith or Beliefs*; I: *Importance and influence*; C: *Community*; A: *Address*).

Fé/ crença	- Você se considera religioso ou espiritualizado? - Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas? - Se não: o que te dá significado na vida?
Importância	- Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida? - A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? - Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou no seu tratamento?
Comunidade	- Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? - Ela te dá suporte? Como? - Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você? - Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?
Ação	- Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão religiosidade/ espiritualidade no seu tratamento? - Indique, remeta a algum líder espiritual/ religioso.

Fonte: Puchalski e Romer (2000).

A partir da abordagem, um mundo de possibilidades e caminhos se abrem. Um primeiro reconhecimento é que a própria narrativa sobre os aspectos espirituais, principalmente quanto ao sentido atribuído à vida, a reflexão sobre suas crenças e outros acontecimentos já é, por si só, terapêutica. Não apenas pelo possível desabafo, mas sobretudo porque ao ser indagada, a pessoa é convidada a refletir sobre, e naturalmente pode iniciar um processo de reorganização e ressignificação sobre as questões cotidianas e da vida.

Mas é possível ir para além da escuta. A cada informação colhida há uma chance de entender o processo de adoecimento e reestabelecer, em conjunto com o paciente, possíveis soluções, seja acionando os profissionais de saúde, a rede de apoio da pessoa ou outras redes comunitárias e sociais disponíveis.

A abordagem da espiritualidade não exclui a prática da clínica ampliada, ao contrário, elas se complementam, uma vez que a abordagem integral necessita que o profissional seja capaz de entender o contexto do problema (CUNHA, 2004). A abordagem da espiritualidade, por sua vez, pode dar mais riqueza para identificar fragilidades e potencialidades, que possibilitam melhores respostas para o enfrentamento do problema.

No contexto da educação médica, a prática clínica com abordagem da espiritualidade necessita da fusão entre os conteúdos aprendidos e os cenários de prática. Com a harmonia entre acadêmicos, cenários, mentores, momentos e a forma adequada dessa abordagem, desenvolvem-se experiências ricas e singulares.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, D. A influência da espiritualidade na saúde física e mental. **Interespe. Interdisciplinaridade e Espiritualidade na Educação**, v. 1, n. 2, p. 44-52, 2012.
- CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.
- FRANKL, V. E. **Man's search for meaning**. Boston: Houghton Mifflin, 2000.
- HARPER, A. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.
- KING, D. E.; MAINOUS, A. G.; PEARSON, W. S. C-reactive protein, diabetes, and attendance at religious services. **Diabetes care**, v. 25, n. 7, p. 1172-1176, 2002.
- KOENIG, H. G. Religion and medicine I: historical background and reasons for separation. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 30, n. 4, p. 385-398, 2000.
- KOENIG, H. G. Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 31, n. 1, p. 97-109, 2001.
- KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: A Century of Research Reviewed**. New York: Oxford University Press, 2012.
- KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: a review and update. **Advances in mind-body medicine**, v. 29, n. 3, p. 19-26, 2015.
- LARSON, D.B.; KOENIG, H.G. Is God good for your health? The role of spiritual in medicine care. **Cleveland Clinical Journal of Medicine**, v. 67, n. 2, p. 80-84, 2000.
- LUCCHETTI, G. *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.
- MARR, L.; BILLINGS, J. A.; WEISSMAN, D. E. Spirituality training for palliative care fellows. **Journal of Palliative Medicine**, v. 10, n. 1, p. 169-177, 2007.
- MCCLELLAND, D. C.; KIRSHNIT, C. The effect of motivational arousal through films on salivary immunoglobulin A. **Psychology & Health**, v. 2, n. 1, p. 31-52, 1988.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H.G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality. **Social Science & Medicine**, v. 63, n. 4, p. 843-5, 2006.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.
- NEUMANN, J. K.; PEEPLES, B. Religious faith and nicotine cessation. **Military medicine**, v. 166, n. 5, 2001.
- OKON, Tomasz R. Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. **Journal of Palliative Medicine**, v. 8, n. 2, p. 392-414, 2005.

PERES, M. F. P. *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007.

PINTO, L. G. T. Espiritualidade e Saúde. In: MAEYAMA, M. A. M.; DOLNY, L. L.; KNOLL, R. K. **Atenção Básica à Saúde**: aproximando teoria e prática. Itajaí: Editora Univali, 2018.

PRÉCOMA, D. B.; OLIVEIRA, G. M. M. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.

PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **Journal of palliative medicine**, v. 3, n. 1, p. 129-137, 2000.

TARTARO, J.; LUECKEN, L. J.; GUNN, H. E. Exploring heart and soul: Effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. **Journal of Health Psychology**, v. 10, n. 6, p. 753-766, 2005.

VASCONCELOS, E. M. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 4, n. 3, p. 12-18, 2010.

CAPÍTULO 19

IATROGENIA MÉDICA E PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NO CUIDADO COM IDOSOS

Victor Burguetti Rodine

Acadêmico do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: victorburguetti@gmail.com

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr

Pós-Doutor em Saúde Coletiva. Docente do curso de Medicina Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Campus Araranguá.

E-mail: carlos.garcia.junior@ufsc.br

1. INTRODUÇÃO

Iatrogenia tem etimologia grega, *iatros* (curador) + *genesis* (origem), e se refere ao efeito deletério não intencional sobre a saúde física ou mental do paciente advindo de qualquer profissional da saúde através de processos diagnósticos ou terapêuticos. Medicamentos que causam lesões, dependência, apresentam ação mutagênica, antibióticos que alteram a microbiota intestinal e vaginal e favorecem a infecção de microrganismos resistentes são exemplos de iatrogenia terapêutica. Assim também é considerado o uso de medicamento contaminado ou testado e aprovado de maneira dubitável, a administração de substâncias combinadas com outras presentes em corantes e estabilizantes de alimentos industrializados que as tornam perigosas, procedimentos invasivos com complicações e sequelas de internações hospitalares (ILLICH, 1975). Além disso, a iatrogenia pode surgir de efeitos secundários à prática médica, ou seja, em caso de tratamentos não aplicados de acordo com as recomendações técnicas.

A iatrogenia médica também pode ocorrer por meio de métodos diagnósticos como o rastreamento de indivíduos assintomáticos. O rastreamento consiste em exames clínicos ou laboratoriais em indivíduos aparentemente saudáveis e assintomáticos por apresentarem maior probabilidade de terem uma determinada condição clínica. Em um segundo momento, o indivíduo tido como suspeito deve ser submetido a outros exames para confirmação diagnóstica e decisão terapêutica que amenize riscos e complicações da doença (TETELBOM; ZELMANOWICZ; FALAVIGNA, 2013). Tais rastreamentos representam intensa medicalização, a qual se expressará através de sucessivas intervenções diagnósticas e terapêuticas, que são muitas vezes pouco resolutivas e prejudiciais à população (TESSER, 2006).

A pessoa idosa é um potencial indivíduo a enfrentar práticas iatrogênicas. Além disso, no Brasil, a crescente tendência de envelhecimento da população (OMS, 2015) também indica a quantidade de indivíduos que frequentemente podem necessitar de cuidados médicos e, conseqüentemente, potenciais intervenções com efeitos colaterais.

O presente trabalho de pesquisa propõe-se a analisar a percepção de docentes de medicina atuantes em uma unidade-escola sobre a iatrogenia médica e cuidados que interferem na saúde da pessoa idosa, especificamente, identificar, a partir de duas especialidades (Medicina de família e comunidade e Geriatria) o ensino voltado para

a realização de exames diagnósticos e tratamentos médicos possivelmente iatrogênicos direcionados a essa população específica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas com médicos docentes de dois serviços de saúde (unidade-escola), sendo eles: ambulatório de Geriatria da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí (SC) e unidade de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ambos estruturados no mesmo espaço físico, no município de Itajaí (SC), durante o primeiro semestre de 2018. Participaram do estudo três médicos docentes do ambulatório de geriatria e quatro médicos docentes da ESF. Os sujeitos da pesquisa são informantes-chave para compreender como a iatrogenia na população idosa é percebida também como objeto do ensino médico. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo (MINAYO, 2004).

O estudo foi dividido em três etapas. A primeira etapa consistiu nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa. Na etapa dois, após as transcrições das entrevistas, foi iniciada a categorização por critério de relevância, na qual foram também criados códigos de leitura. A etapa três foi realizar uma interpretação preliminar e associativa entre os dados coletados.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Itajaí no Parecer nº 2.205.407. Esta pesquisa contou com fonte de financiamento recursos dos próprios autores e estes declaram não possuir conflito de interesse.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos entrevistados tem as seguintes características: média de idade de 48 anos - sendo o intervalo de idade entre 32 e 62 anos; entre os sete médicos docentes entrevistados, seis eram do sexo masculino e um do sexo feminino. Conforme os entrevistados, as características do idoso são descritas como: 1) pacientes que demandam mais atenção; 2) possuem dependência de terceiros; 3) apresentam algum grau de déficit de cognição, agravado quando associado ao analfabetismo; 4) refletem sobre o tema da finitude da vida; 5) apresentam comorbidades; 6) fazem uso de polifarmácia; e 7) tem grande resistência a alteração do estilo de vida como parte da adesão ao tratamento proposto pelos médicos.

Em relação à iatrogenia, todos os médicos afirmaram serem criteriosos e individualizar tanto na solicitação de métodos diagnósticos quanto nos métodos terapêuticos. Três geriatras e um médico de família e comunidade (MFC) ponderaram sobre os efeitos adversos dos medicamentos inclusive quando usados em associação. No entanto, apenas os geriatras declararam focar na adequação de medicamentos, enquanto que dois dos quatro MFCs citaram que não realizam desprescrições de medicamentos para seus pacientes, sendo que um deles salientou que não se sente preparado tecnicamente para aplicar essas desprescrições.

O excesso de diagnósticos pode desencadear uma cascata de iatrogenias para dois dos MFC entrevistados, já os geriatras e um dos MFC ressaltaram que subdiagnósticos por história clínica precária podem ser ainda mais nocivos. Enquanto todos os MFC alegaram guiar-se principalmente pelos cadernos e documentos do Ministério da Saúde, os geriatras citaram a Sociedade Brasileira de Geriatria entre as fontes de pesquisa. A justificativa pelos MFC sobre preferência do Ministério da Saúde refere-se à suposição de que este estaria menos propenso ao *lobby* da indústria farmacêutica, enquanto os protocolos para especialidades na medicina são “ultradesfensivos” e tem como referência as propostas estadunidenses. Outros portais de evidências científicas também foram citados, entre eles “Pubmed”, “Uptodate”, “Jama”, “Portal BMJ”, “Cochrane”, “NICE”, “US Taskforce” e “Canadian Taskforce”.

De acordo com os entrevistados, o rastreamento é amplamente utilizado em doenças sistêmicas de epidemiologia mais prevalentes, tais como a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e, com isso, exames de sangue e de urina são solicitados frequentemente. Os geriatras adicionam ainda que o rastreamento é individualizado de acordo com a anamnese e exames físicos, fazendo uso da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), exame de diversas funções do idoso tais como independência (cognição e planejamento), autonomia (mobilidade e execução de tarefas), doenças crônicas e suporte social engloba testes auditivos, visuais, cognitivos, queda, neoplasias e doenças metabólicas crônicas (ROCHA; GARDENGHI; OLIVEIRA, 2017).

Em comparação com a literatura existente, quando os médicos citam as características dos idosos com algum déficit cognitivo, confirma-se que há mesmo declínio de 36,5 % no desempenho no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) em estudo transversal com 75 idosos de 60 anos ou mais (MACHADO *et al.*, 2011). Quanto ao déficit de independência e autonomia, a Sociedade Brasileira de Geriatria

preconiza diminuir incapacidades ao recomendar o uso da Ampla Avaliação Geriátrica (AGA). Na ESF, os MFC citam o rastreamento de problemas de idosos a partir de uma abordagem multidimensional (LINO *et al.*, 2016).

Um ponto que serve de exemplo para distinguir a noção de rastreamento entre os dois grupos de médicos docentes refere-se ao rastreamento de câncer de próstata. Enquanto os geriatras realizam em pacientes antes dos 50 anos, os MFC não realizam por indicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). No Brasil, o câncer de próstata é o mais letal entre os homens (33,4 para cada 100.000 habitantes), atingindo mais que o dobro da mortalidade de câncer de mama em mulheres (16,3 para cada 100.000 habitantes), e 72 % dos óbitos acontece em pacientes com 70 anos ou mais (GUERRA *et al.*, 2017). Como a neoplasia é assintomática nas fases ótimas para tratamento, as sociedades de especialidades recomendam o rastreamento por dosagem de PSA e toque retal para evitar incapacidades, comorbidades e metástases (STEFFEN *et al.*, 2018). Porém, o Ministério da Saúde e OMS não o recomendam (BRASIL, 2010).

A perspectiva dos médicos retrata a percepção de que os pacientes idosos em geral apresentam alguma perda cognitiva, auditiva e de independência e autonomia. Apesar das múltiplas morbidades, são resistentes a alterações no estilo de vida e, portanto, sofrem com o uso da polifarmácia. As interações medicamentosas geradas pela polifarmácia são o fenômeno mais citado por todos os médicos do estudo. Estas se mostraram o principal risco para os geriatras, que justificam que tal fenômeno é potencializado por doenças subdiagnosticadas, que agravam comorbidades crônicas. Enquanto isso, os MFC insistem que o excesso de diagnósticos pode levar às mesmas toxicidades e deve-se utilizar a perspectiva da prevenção quaternária. Aparentemente, os geriatras tendem a gerar iatrogenias pela busca persistente de diagnósticos, compensando isso com a desprescrição, enquanto os MFC seguem a prevenção quaternária desde o primeiro momento, evitando o sobrediagnóstico e, portanto, tornando a desprescrição menos importante.

Para evitar a iatrogenia por polifarmácia, os geriatras focam na adequação e desprescrição medicamentosa (critérios de *Screening Tool of Older Person's Prescription* – STOPP - e *Screening Tool of Alert doctors to Right Treatment* - START). Por outro lado, os médicos da família não realizam desprescrições. A desprescrição medicamentosa ressaltada pelos geriatras é baseada nos critérios de STOPP e START, uma evolução dos critérios de Beers, composto por medicamentos considerados potencialmente inapropriados, que causam muitos efeitos adversos e

medicamentos potencialmente omitidos, considerados fundamentais para o êxito do tratamento e manutenção da saúde do idoso (ROSA *et al.*, 2016; GUERRA *et al.*, 2017). Os MFC, pautados na concepção da prevenção quaternária, baseiam-se em uma relação com os pacientes e que essa relação deve permanecer verdadeiramente terapêutica, respeitando a autonomia dos pacientes e médicos (JAMOULLE, 2015), com efeito, as desprescrições de medicamentos para os pacientes idosos devem estar ajustadas no acompanhamento rigoroso e longitudinal destes.

A polifarmácia, as comorbidades, as resistências à mudança no estilo de vida e as dificuldades de adesão a tratamentos podem acarretar medicalização em prol da manutenção da qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2012; WOLFART, 2017). Além disso, o idoso faz parte de um grande público alvo de campanhas pela qualidade de vida, devido à alta prevalência de doenças crônica degenerativas com sintomas diversos que recebem longas e/ou contínuas terapêuticas (ANDRADE, SILVA; FREITAS, 2004).

Em relação a integralidade do cuidado, a demanda por atenção e a carência emocional são preocupações dos entrevistados, que consideram que a consulta de idosos demanda mais tempo, já que estes indivíduos trazem consigo bagagem ou experiência de uma vida toda e querem compartilhar com o médico parte delas.

A longitudinalidade do cuidado, na qual a relação de longa duração estabelece vínculos benéficos bilateralmente, é assinalada por todos os entrevistados. Através desta relação, os geriatras se preocupam em diminuir as incapacidades dos idosos, já os MFC prezam por desconstruir a “cultura do *check-up*” também nociva em escalas físicas, emocionais e financeiras. Nota-se que ambas as especialidades têm a premissa do cuidado integral, porém os MFC tendem a prezar pela mínima intervenção e os geriatras valorizam a preocupação com possíveis riscos e agravos que podem vir a acontecer com os idosos. Tanto os MFC quanto médicos de qualquer outra especialidade podem adotar a prática da desprescrição e adaptação de medicação dos geriatras, orientada pela prevenção quaternária. Aliado a isso, deve-se considerar que os *check-ups* não reduzem a morbimortalidade, de modo geral, nem por causas cardiovasculares ou câncer, embora aumentem o número de novos diagnósticos (KROGSBOLL *et al.*, 2012).

Associada à longitudinalidade, a relação médico-paciente aparece no discurso de todos os participantes da pesquisa, apontando a preferência por pacientes de longa data pela possibilidade da construção de vínculo e aprofundamento da história de vida

do indivíduo. Os geriatras citaram a preocupação com as incapacidades do idoso, além da própria temática inerente à finitude da vida. Além disso, um desses geriatras afirmou ser difícil evitar o envolvimento emocional com o paciente que lida com solidão, problemas financeiros e incapacidades. Segundo todos os entrevistados, os fatores solidão, rede de apoio frágil e questões financeiras contribuem para agravar doenças mentais. Reforça-se que um dos entrevistados salientou que muitas vezes o idoso é interpretado como inválido, sem descartar possíveis déficits auditivos, culturais e de interação social.

O apoio social, por sua vez, é um determinante importante da saúde das pessoas, um instrumento transformador do processo saúde-doença do idoso, o qual deve envolver diversos atores sociais (GUEDES *et al.*, 2017). Assim, deve-se destacar a importância da rede de apoio ao idoso que se inicia com a família, amigos, vizinhos, grupos religiosos, estudantes, entre outros. A solidão, por exemplo, é um fator de agravo que para os MFC pode ser melhor enfrentada dentro deste ciclo de vida se o idoso socializa com outros idosos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância do ensino da prevenção quaternária pode ser considerada como uma proposta concreta para enfrentar as questões que giram em torno da iatrogenia médica com idosos. Esta pesquisa reforça que as condutas médicas são passíveis de iatrogenia, mas que, segundo os participantes da pesquisa, o ensino voltado para ampliar a compreensão dos médicos sobre o problema e o aumento das evidências em relação a prevalência e consequências de doenças pode ser uma maneira de minimizar sobrediagnósticos e intervenções desnecessárias.

A comparação entre médicos geriatras e MFC docentes explicita diferentes estilos de pensamentos sobre o modo de tratar os pacientes, influenciando a concepção de qual grupo é supostamente mais resolutivo e interventivo, qual é mais conservador e inovador, quais as ofertas de tratamentos são benéficas e quais as preferências nas práticas preventivas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.A.; SILVA, M.V.S.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Revista Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis**, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017.
- GUERRA, M. R. *et al.* Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 20, supl. 1, p. 102-115, 2017.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JAMOULLE, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. **Int J Health Policy Manag.**, v. 4, n.2, p. 61-64, 2015.
- KROGSBOLL, L. T. *et al.* General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. **BMJ**; n. 345: e7191. 2012.
- LINO, V. T. S. *et al.* Rastreamento de problemas de idosos na atenção primária e proposta de roteiro de triagem com uma abordagem multidimensional. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 7, p. 1-12, 2016.
- MACHADO, J. C. *et al.* Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2011.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud** [Internet]. Genebra: OMS; 2015. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/> . Acesso em: 27 de fevereiro de 2019.
- ROCHA, F. S.; GARDENGHI, G.; OLIVEIRA, P. C. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 30, n. 2, p. 170-178, 2017.
- ROSA, A. S. K. C. *et al.* Identificação de prescrição inapropriada em ambulatório de Geriatria utilizando os Critérios Stopp e Start. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 19, n. 5, p. 871-879, 2016.
- SILVA, A. L. *et al.* Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1033-45, 2012.

STEFFEN, R. E. *et al.* Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. **Physis**, v. 28, n. 2, e280209, 2018.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006.

TETELBOM, A. S.; ZELMANOWICZ, A. M.; FALAVIGNA, M. Rastreamento de Adultos para Tratamento Preventivo. In: DUNCAN, B.B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 631-638.

WOLFART, G. A dominância das dimensões médicas na sociedade. **Revista semanal do Instituto Humanitas Unisinos**, 27 mai. 2013. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao420.pdf> . Acesso em: 18 de outubro de 2018.

CAPÍTULO 20

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ESTUDANTES DE MEDICINA NO BRASIL – UMA BREVE REVISÃO

Giovani Tesser

Especialista em Psiquiatria. Professor do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: giovanimedico@hotmail.com

Isadora Nichele Savi

Acadêmica do curso de Medicina na Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: isansavi@gmail.com

Leonardo Casanova Garcia

Acadêmico do curso de Medicina na Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: leocasanovagarcia@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A escolha da medicina como atividade laboral ocorre através de um complexo processo de formação, que inicia nos anos de curso preparatório, passando comumente por quatro anos de ciclo teórico e dois anos de experiência clínica durante o internato. Além de toda carga psicossocial individual trazida do lar, a graduação expõe o aluno a diversos percalços da rotina médica, como: estar sujeito a rotinas extensas de exigência mental, estar presente e ser suporte perante ao sofrimento do próximo, visualizar situações que por vezes são insalubres e inimagináveis de degeneração, de dor e de abandono, e, por fim, presenciar o fim da vida humana de maneira rotineira, por vezes sem o preparo correto para esse momento. Havendo a somatização destes fatores, o estresse da rotina parece ser um fator agravante para a saúde mental do estudante de medicina (SANTOS *et al.*, 2011). Essa exposição crônica a estressores torna-se evidente através das pesquisas referentes ao tema e atua como fator predominante para o desenvolvimento de transtornos mentais nesses acadêmicos, quando comparados à população em geral e à mesma faixa etária (DAHLIN, 2005), sendo que o alto nível de estresse é reconhecido como preditor importante no surgimento de depressão e ansiedade (SARAVANAN; WILKS, 2014; COSTA *et al.*, 2012).

As Doenças Mentais Comuns (DMCs) englobam disfunções de ordem psicológica como depressão, ansiedade e somatização e são muito frequentes no ambiente médico; além disso, são potenciais gatilhos para o desenvolvimento de transtornos mentais mais complexos (COSTA *et al.*, 2012). A prevalência de DMCs na população geral de países industrializados varia entre 7 % e 30 % (LUCCHESI *et al.*, 2014). Na Europa, em torno de 30 % dos estudantes de medicina sofre de depressão ou de ansiedade (HALDORSEN, 2014). Os sintomas mais comuns são insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade em se concentrar e queixas somáticas. Dentre os fatores de risco, existem variáveis associadas com a personalidade e estilo de vida do estudante, o estresse acerca da graduação e os desafios encontrados na profissão (LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006).

Em geral, a saúde mental dos acadêmicos de medicina piora ao longo da prática médica e o estigma, tanto pessoal quanto institucional, afasta a procura do indivíduo por auxílio e produzem comportamentos perigosos para lidar com o sofrimento. Ao passo da identificação da necessidade de assistência e intervenção psicológica/psiquiátrica no ambiente acadêmico, em 2019 iniciou-se o Projeto Acolher,

com o objetivo de desenvolver estratégias de prevenção e promoção à saúde universitária, dando atenção à recorrente demanda envolvendo estresse emocional dos estudantes da Universidade do Vale do Itajaí; percebe-se, desde então, um alto nível de sofrimento que circunda a comunidade acadêmica.

2. METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão sistemática de literatura sobre a saúde e os transtornos mentais do estudante de medicina em maio de 2019 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Scientific Electronic Library Online – SciELO e Pubmed sem delimitação de período, com os descritores “saúde mental”; “transtornos mentais”; “estudantes de medicina”. Os critérios de inclusão dos artigos foram: serem estudos epidemiológicos de base populacional população-alvo, do tipo observacional, longitudinal ou transversal, que descrevessem o estado da saúde ou transtornos mentais apresentados pelos acadêmicos de escolas médicas; estarem publicados nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa. Foram excluídos trabalhos realizados fora do país, que o texto completo não fora encontrado ou que o objetivo central não fosse avaliar o estado mental dos estudantes. Para seleção dos artigos, utilizou-se a leitura do título, de palavras-chave e resumos dos artigos. Em caso de dúvidas, realizou-se a leitura completa dos artigos.

Os dados selecionados para a análise foram: do estudo; tipo de pesquisa quantitativa; ano de publicação; tipo de transtorno estudado; país de publicação; número de participantes.

Posteriormente, os dados foram dispostos em tabela, com a soma de números absolutos e porcentagens, por meio do software Excel®, para realizar análise e extrair as informações descritivas a partir dos dados apresentados pelos estudos sobre a saúde mental do estudante de medicina.

3. RESULTADOS

A partir da busca dos descritores, a revisão sistemática resultou em 126 artigos identificados por busca nas bases de dados, 16 provindos do Scielo, 76 provindos do Lilacs e 34 provindos do Pubmed. Desses, 101 foram excluídos por não preencherem os critérios por serem duplicados, não serem de base populacional ou por não serem observacionais pela ausência de prevalência. Para segunda análise, 25 estudos foram avaliados qualitativamente na presente revisão.

Após a análise qualitativa, verificamos a presença de mais 1 artigo repetido posteriormente a tradução e 9 arquivos que não traziam dados epidemiológicos, não tinham testes de confiabilidade reconhecidos, não disponibilizam o artigo completo ou não estarem relacionado com o assunto pesquisado.

Para a análise quantitativa restaram 15 artigos, entre eles: oito trabalhos contendo dados epidemiológicos sobre transtornos mentais, cinco estudos sobre estudantes do curso de medicina com sintomas depressivos, três com informações sobre distúrbios do sono, dois artigos relatando o abuso de substâncias psicoativas. Ainda, dois estudos verificando transtorno ansioso e um único estudo que a presença de traço ansioso alunos.

Outros artigos isolados estratificam sintomas diversos quanto ao estado mental e um estudo avalia o esgotamento físico emocional (Burnout). Por fim, verifica-se um único artigo sobre transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em acadêmicos do curso de medicina.

As condições mentais mais abordadas entre os artigos analisados foram, em ordem decrescente de ocorrência: DMC, depressão, ansiedade e distúrbio do sono. Os dados obtidos sugerem a prevalência de doenças mentais comuns na comunidade acadêmica de medicina em torno de 30 a 40 %. Números expressivos revelam-se na detecção de outros transtornos: 1 a cada 8 alunos sofrem de ansiedade ou depressão e 1 a cada 3 alunos sofrem de insônia ou alteração do padrão de sono, 1 a cada 17 alunos faz uso abusivo de alguma droga e metade dos alunos já experienciaram um episódio de esgotamento físico e emocional.

Em comparação a outros estudos relacionados à saúde mental do médico, uma meta-análise indicou que 28 % dos residentes médicos nos EUA sofriam sintomas depressivos significativos durante o internato (MATA *et al.*, 2015); e a pesquisa de Ruitenburg, Frings-Dresen e Sluiter (2012), evidenciou a prevalência de transtornos mentais comuns em 51 % dos profissionais em serviço hospitalar. Esses dados corroboram com o alarmante nível de transtornos mentais relacionados ao exercício laboral da medicina, com início durante a formação e progressão das doenças na prática da profissão ao longo do tempo.

4. CONCLUSÕES

Portanto, conclui-se que transtornos mentais são doenças que se manifestam comumente entre os acadêmicos do curso de Medicina e progridem ao longo da

prática profissional. A predisposição individual e exposição aos fatores estressores inerentes à graduação e ocupação ocasionam o sofrimento psíquico em mais de 30 % dos estudantes, que convivem com sintomas depressivos e ansiosos, possuem distúrbios do sono e chegam ao limite do esgotamento físico e emocional.

A partir dessa premissa, se faz imperativa a necessidade de acompanhamento em relação à saúde mental do aluno do curso de medicina, visto que a taxa de sofrimento psíquico nessa população é alta e que, sobretudo, isso causa impacto na vida pessoal, na produtividade perante o curso e na rotina ambulatorial e hospitalar.

Desta forma, a compreensão e a união dos elementos adquiridos na revisão sistemática quanto ao sofrimento mental dos estudantes de medicina favorecem o fortalecimento dos gestores universitários e dos centros acadêmicos. Estes grupos, munidos de informações seguras, podem então direcionar seus esforços a adequação das metodologias de ensino e práticas da vida diária do estudante de medicina para a prevenção do desenvolvimento de doenças mentais, bem como a criação e manutenção de ambulatórios voltados para o bem-estar dos estudantes, estratégias multidisciplinares a fim de prevenção do adoecimento e de promoção da saúde individual e coletiva, incorporação de práticas corporais e de educação em saúde específica, que habitualmente são estimulados pelos estudantes de medicina aos pacientes durante a própria formação, porém facilmente negligenciados pelos primeiros no que tange ao autocuidado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. *et al.* Common mental disorders among medical students. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 56, n. 4, p. 245-251, 2007.
- BALDASSIN, S.; MARTINS, L. C.; ANDRADE, A. G. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. **Arquivos Médicos do ABC**, v.31, n.1, p. 27-31, 2006.
- COSTA, E. F. O. *et al.* Depressive symptoms among medical intern students in a Brazilian public university. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 11, p. 53-59, 2012.
- DAHLIN, M. *et al.* Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. **Medical Education**, v. 39, n. 6, p. 594–604, 2005.
- HALDORSEN, H. *et al.* Stress and symptoms of depression among medical students at the University of Copenhagen. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 42, n. 1, p. 89-95, 2014.
- LIMA, M. C.; DOMINGUES, M. S.; CERQUEIRA, A. T. Prevalence and risk factors of common mental disorders among medical students. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p.1035-1041, 2006.
- LUCCHESI, R. *et al.* Prevalence of common mental disorders in primary health care. **Acta Paul. Enferm.**, v. 27, n. 3, p. 200-207, 2014.
- MATA D. *et al.* Prevalence of Depression and Depressive Symptoms among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA**, v. 314, n. 22, p. 2373–2383, 2015.
- RUITENBURG M. M.; FRINGS-DRESEN, M. H.; SLUITER J.K. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. **BMC Health Serv. Res.**, v. 31, n. 12, p. 292-298, 2012.
- SANTOS, A. T. A. *et al.* Burnout syndrome among internship medical students. **Medical Education**, v. 45, p. 1131–1162, 2011.
- SARAVANAN, C.; WILKS, R. Medical students' experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiety. **Scientific World Journal**, e737382, 2014.

CAPÍTULO 21

PROGRAMAS DE MENTORIA EM CURSOS DE MEDICINA – UMA BREVE REVISÃO

Bruno Wensing Raimann

Mestre em Gestão de Políticas Públicas. Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: raimann@univali.br

Claudia Sachett Mattanna Azambuja

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: claudiamattanna@gmail.com

Manuela Fernanda Trupel Merico

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: medicina.manuela@gmail.com

Raphael Moura Andrade Michelato

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: raphael.michelato@gmail.com

Ricardo Luiz Berti

Acadêmico do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: ricardo.berti@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A prevalência de transtornos psíquicos e abuso de substâncias psicoativas entre os estudantes de medicina vem se mostrando crescente e cada vez mais alarmante. Devemos nos questionar: o que se passa neste ambiente de ensino médico? Que tipo de ser humano está sendo formado e entregue à sociedade para cuidar dos outros? (TENÓRIO *et al.*, 2016). Chang *et al.* (2012), em pesquisa com 336 alunos de medicina de uma universidade norte-americana, encontraram uma taxa de aproximadamente 50 % de acadêmicos com exaustão emocional e 60 % com sintomas positivos para depressão. Kowalczyk e Krajewska-Kulak (2017) pesquisaram o uso de substâncias psicoativas em 504 estudantes de uma faculdade de medicina na Polônia e constataram que 25 % deles se declararam usuários, taxa semelhante aos 21 % encontrada por Nawaz, Khan e Bukhari (2017) em pesquisa com 698 acadêmicos de medicina em uma faculdade no Paquistão. Esses dados acendem um alerta nas instituições, que vêm buscando estratégias para ajudar os estudantes a desenvolverem resistência psíquica, ou ao menos administrarem melhor sua vida acadêmica.

Uma pesquisa na Universidade do Vale do Itajaí investigou a qualidade de vida dos estudantes de medicina através do questionário WHOQOL-bref — um instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde em 1998 — e encontrou no domínio psicológico (que envolve autoestima, sentimentos negativos, sentimentos positivos, espiritualidade, memória e concentração), uma avaliação abaixo da encontrada em outras 24 universidades brasileiras que também aplicaram o mesmo questionário, sugerindo a necessidade de ações por parte do curso em relação a saúde mental dos estudantes desta instituição (MERLIN; BOING, 2019).

A Carta de Marília, elaborada em 2016, é um marco que define a saúde mental como uma preocupação das universidades de medicina e que deve ser considerada parte do objetivo da formação médica. A manutenção e recuperação da saúde mental dos alunos deve ocorrer através da promoção de debates sobre temas relacionados a opressões, como racismo, homofobia, transfobia, opressão de gênero, cotas raciais e sociais; criação de espaços culturais e realização de trabalhos científicos longitudinais a respeito da saúde mental dos alunos (BALDASSIN *et al.*, 2016).

O modelo de ensino médico vigente no ocidente, denominado flexneriano, tem forte caráter biologicista, individualista e curativista, muito criticado por não valorizar

ou até mesmo negar a importância da saúde mental, saúde pública, ciências sociais e das práticas integrativas. Tal fato culmina na predisposição à corrupção sobre as noções de cuidado à saúde. Apesar de ser um modelo em revisão, ainda está muito presente nas escolas de medicina e dificulta o reconhecimento institucional sobre a necessidade e a importância de cultivar a saúde mental dos alunos, além de melhor prepará-los para o futuro profissional, o qual tende a ser ainda mais desafiador no que tange ao equilíbrio emocional (ALMEIDA FILHO, 2010; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Diante disso, as universidades podem adotar medidas preventivas e estratégias de enfrentamento às situações de sofrimento vivenciadas pelos alunos, como assistência psicológica, promoção de atividades esportivas, de lazer e de meditação, espaços para reflexão sobre sentimentos e emoções e programas de mentoria, também conhecidos por *mentoring* (CONCEIÇÃO *et.al.*, 2019).

O programa de *mentoring* foi desenvolvido nos Estados Unidos e na Europa durante a década de 70, sendo inserido inicialmente nas escolas de enfermagem e posteriormente em outros cursos da área da saúde. Trata-se de uma modalidade especial de relação de ajuda em que envolve um adulto experiente (Mentor) que acompanha de perto, orienta e estimula um jovem iniciante em sua jornada no caminho do desenvolvimento pessoal e profissional. Através do compartilhamento de suas experiências, conhecimento e comportamento, o Mentor auxilia o aluno no processo de tornar-se médico (BELLODI; MARTINS, 2005).

Estudos mostram que a exaustão emocional se desenvolve progressivamente ao longo da educação médica, enquanto um alto nível de apoio diminui a exaustão (SANTEN *et al.*, 2010). Assim, mostra-se interessante o início do programa de *mentoring* já no ingresso do aluno no curso de Medicina, visto que essa fase traz consigo outra enxurrada de mudanças na vida psicossocial do estudante, como a saída da casa dos pais, a adaptação à nova cidade e a criação de nova rede de contatos. Dessa forma, recebem grande autonomia e, ao mesmo tempo, lhes é exigido competência para dar conta desses novos desafios.

Os principais componentes do *mentoring* são suporte emocional, assistência à carreira e ao desenvolvimento profissional e o papel de modelo, com o objetivo de dar apoio à realização de um sonho. Ainda, o Mentor deve ser uma referência confiável na instituição para o aluno, ser uma ligação entre aluno e instituição e ser um defensor e promotor de mudanças institucionais em benefício do estudante. Esse acadêmico

espera troca de experiências, confidencialidade, tempo e compromisso por parte do Mentor (BELLODI; MARTINS, 2005).

Diante desse contexto, consideramos o programa de mentoria uma promissora estratégia para promoção da saúde mental dentro dos cursos de medicina. Um formato no qual não só o aluno recebe mais apoio, mas aproxima o corpo docente do discente, humanizando o ambiente de ensino e a própria instituição, na medida em que todos ficam corresponsáveis pela saúde mental geral do curso.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Em uma faculdade de medicina de São Paulo, foram entrevistados 14 professores mentores e analisadas as suas percepções a respeito do programa de mentoria. Essas percepções foram transcritas sob duas ópticas: “mentor-aluno” e “mentor-instituição”. Sob a óptica “mentor-aluno”, elencaram-se: a vontade de ter proximidade com os discentes; o contato com a juventude e a possibilidade de trocar experiências; e a vontade de oferecer algo que o mentor, quando estudante, não teve. Sob a óptica “mentor-instituição”, ressaltaram-se: a necessidade de oficializar o papel já desenvolvido informalmente por alguns professores; a colaboração com a formação do aluno; e a gratidão e retribuição pela instituição ter dado a oportunidade de crescer dentro dela. As transformações relatadas demonstram mentores que se sentem amadurecidos e que mudaram seu jeito a partir do processo de mentoria (GONCALVES; BELLODI, 2012).

Já em uma faculdade de medicina de Minas Gerais, foram analisadas as percepções do ponto de vista de 129 estudantes do 6º período e 164 dos períodos 11º e 12º. A mentoria foi considerada relevante por 30 % dos alunos de 6º período e 35 % dos alunos dos períodos finais e considerada perda de tempo por 32 % dos alunos de 6º período e por 15 % dos alunos de períodos finais, mostrando que a relevância do programa vai sendo amadurecida ao longo do tempo com os alunos mentorados e mostra-se melhor no final do curso. Os principais temas discutidos ao longo do tempo foram: a dificuldade em relação ao curso e com os professores, a ética médica, a dificuldade com pacientes, as dificuldades pessoais, a relação médico-paciente e a residência médica. Como motivos para o desgosto de alguns estudantes estavam listados: falta de preparo de alguns mentores e mentores não médicos. A observação desses itens pode auxiliar na criação de um programa adequado (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Fidelis (2014) discorre sobre a implementação de um programa de *mentoring* na Universidade Federal de Minas Gerais, com o objetivo de promover um acompanhamento sistemático e humanizado do aluno e ajudá-lo precocemente em suas dificuldades pessoais, interpessoais, emocionais e com o curso. O programa foi formalizado como uma Disciplina Interdepartamental com carga total de 45 horas, do 5º período do curso, com professores contratados e alunos subdivididos em grupos de 8 a 12 membros. Os encontros ocorriam semanalmente, das 10:00 às 12:00h, e, conforme a necessidade, atendimentos individuais ou em grupos menores poderiam ser organizados pelo professor da disciplina.

Na Alemanha, nos últimos anos, a mentoria já está sendo implementada e está cada vez mais difundida. Como exemplo, uma faculdade de medicina deste país descreve um programa de mentoria para estudantes diferenciando os estudantes em três categorias: de orientação comum; de orientação para estudantes excelentes; e de orientação para estudantes com dificuldades acadêmicas. A análise do programa foi baseada em pesquisas anuais de avaliação entre os participantes, que avaliou a mentoria em si e seu impacto nos estudos. A satisfação com o programa de orientação foi alta, grande parte avaliou o diálogo na mentoria como aberto, e a expressiva maioria recomenda a participação de outros estudantes no programa. Os alunos com dificuldades acadêmicas destacaram a acessibilidade, confiabilidade e *feedback* do mentor como pontos mais fortes. Já os alunos excelentes destacaram a competência do mentor e a aproximação com o corpo docente, o qual muitas vezes auxilia na promoção do novo médico em seu início de carreira, facilitando a vida profissional. Segundo o artigo, o programa de mentoria diferenciado fornece uma estrutura de suporte individual, que traz ótimos resultados de desempenho e que é muito apreciada pela maioria dos estudantes (BERGELT; HEINEN; GUSE, 2018).

Em um trabalho sul-coreano realizado com 347 estudantes de medicina na Universidade Kyung Hee foram investigados os níveis de satisfação dos estudantes dentro de um programa de mentoria. Sobre os resultados relativos aos níveis de escolaridade, houve diferenças significativas entre as avaliações dos estudantes. Para os alunos envolvidos no programa, a frequência nas reuniões fez diferença, direcionando para melhores resultados. Além de todo suporte científico, os alunos receberam conselhos psicossociais de seus mentores, o que fez com que muitos alunos passassem a considerar seus mentores como exemplos a serem seguidos, tanto no âmbito profissional quanto no âmbito pessoal (HO *et al.*, 2017).

De acordo com uma pesquisa publicada por estudantes de uma escola de medicina do norte da Índia sobre seu programa de mentoria, a qual foi aplicada a 112 alunos de um universo de 150 participantes, os acadêmicos relataram aumento em suas capacidades acadêmicas e uma melhora no relacionamento aluno-professor. Os 16 mentores que responderam às questões, de um universo de 17, consideraram este programa útil para seu autoaperfeiçoamento nas habilidades de ensino e na comunicação. A maioria dos orientandos sentiu que esse programa os ajudou emocional e academicamente. Todos os alunos e mentores que responderam as questões afirmaram satisfação por participar do programa de mentoria. O programa funcionou da seguinte forma: em turmas de 9 alunos por mentor, as reuniões eram obrigatórias e realizadas duas vezes ao mês. Diversos assuntos relacionados ao curso, à profissão e às habilidades psicossociais foram debatidos, inferindo ao final possíveis soluções. Alguns mentorados informaram também que recebiam suporte de seus mentores além das reuniões regulares. Todas as reuniões foram registradas e, a cada 15 dias, acontecia também uma reunião entre mentores e coordenador do curso (KUKREJA *et al.*, 2017).

Um estudo realizado na Arábia Saudita na Universidade King Abdulaziz procurou descrever seu programa de mentoria e seus resultados. O programa era voltado aos estudantes de medicina do quarto ano. Os mentores incluíram membros veteranos e jovens do corpo docente, sendo cada mentor responsável por 10 alunos. O programa foi orientado no seguinte formato: uma reunião inicial do grupo (mentor com todos os 10 estudantes) e reuniões individuais subsequentes. Um total de 184 alunos participaram do programa. Nos encontros individuais, os participantes combinavam os métodos de comunicação e o tempo ideal para as reuniões. Durante os encontros em grupos, os mentores preencheram formulários com o feedback dos alunos sobre o ambiente de ensino, a disponibilidade de instalações e recursos educacionais e a participação dos alunos nas atividades extracurriculares da faculdade. Nas reuniões individuais, os mentores focavam no aconselhamento acadêmico, planejamento de carreira e discussões de dificuldades sociais e educacionais dos alunos. As reuniões individuais também permitiram que mentor e mentorado discutissem e determinassem se o mentorado precisava ou não de algum tipo de apoio psicológico (FALLATAH *et al.*, 2018).

Ainda sobre a importância da mentoria, um estudo malaio relata que outro fator importante para o sucesso do programa é que mentores concentrem seus esforços

nos problemas reais que os alunos enfrentam durante o processo de orientação. Através de pesquisa qualitativa com alunos do primeiro ano de medicina, foram identificados quatro temas e sete categorias essenciais para os alunos.

Os temas incluíam habilidades pessoais, visão acadêmica, habilidades sociais e motivação. Dentre os temas, as categorias eram gerenciamento de tempo, habilidades de estudo, habilidades de comunicação, ajuste social, atividades sociais, apoio moral e apoio pessoal. Os resultados do estudo indicam que a mentoria é percebida como positiva para os estudantes de medicina no desenvolvimento de sua identidade e maturidade profissional. A eficácia do programa de mentoria é apoiada por vários fatores que, juntos, motivam o aluno a continuar seu caminho de aprendizado, buscando por maior desenvolvimento acadêmico, como pós-graduações (MAT NOR; YUSOFF; RAHIM, 2017).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mentoria é uma grande estratégia para promover uma nova postura da instituição de ensino em relação à saúde mental dos alunos de medicina. Nesse contexto, a universidade pode reconhecer e assumir a responsabilidade de entregar para o mercado de trabalho profissionais munidos de boa resistência psíquica, além da qualificação técnica. O Mentor deve reconhecer na relação de *mentoring* uma oportunidade de motivação e transformação ao longo do tempo, tanto do aluno quanto a sua própria, permitindo-se transformar e ser transformado. No entanto, como vimos ao longo dos exemplos publicados por universidades de diversos países, o programa de mentoria exige preparo, treinamento e olhar sobre experiências já vivenciadas por outras instituições, para que assim seja articulado de forma eficiente e obtenha os resultados desejados.

Por fim, entendemos a mentoria como uma excelente estratégia para reduzir os efeitos negativos do ensino médico tradicional sobre a saúde mental de seus alunos, ao mesmo tempo que é capaz de formar médicos com experiência do campo do cuidado, da escuta acolhedora, do aconselhamento e da resolução de conflitos. Assim, sugerimos a implantação de programas de mentoria em cursos de medicina desde que profundamente planejado, com uma rede de professores engajados, adaptado às realidades locais e baseado em experiências de outras universidades como mostramos nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- BALDASSIN, S. P. *et al.* I Fórum Paulista de Serviços de Apoio ao Estudante de Medicina - Forsa Paulista - "A Carta de Marília". **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 537-539, 2016.
- BELLODI, P.L; MARTINS, M.A. **Tutoria: mentoring na formação médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- BERGELT, C.; HEINEN, I.; GUSE, J. Mentoring for medical students: Description and evaluation of a differentiated mentoring program at a medical school. **Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz**, v. 61, n. 2, p. 210-217, 2018.
- CHANG, E. *et al.* Survey of the Prevalence of Burnout, Stress, Depression, and the Use of Supports by Medical Students at One School. **Academic Psychiatry**, v. 36, n. 3, p. 177-182, 2012.
- CONCEIÇÃO, L. S. *et al.* Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. **Avaliação**, v. 24, n. 3, p. 785-802, 2019.
- FALLATAH, H. I. *et al.* Mentoring Clinical-Year Medical Students: Factors Contributing to Effective Mentoring. **Journal of Medical Education and Curricular Development**, v. 5, p. 1-6, 2018.
- FIDELIS, G. T. A. A Tutoria na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: de um sonho necessário à construção. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 24, n. 4, p. 525-534, 2014.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer flexner: Inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2234–2249, 2010.
- GONCALVES, M. de C. N.; BELLODI, P. L. Ser mentor em medicina: uma visão arquetípica das motivações e transformações na jornada. **Interface**, v. 16, n. 41, p. 501-514, 2012.
- HO, Y. *et al.* A study of satisfaction of medical students on their mentoring programs at one medical school in Korea. **Korean J Med Educ.**, v. 29, n. 4, p. 253-262, 2017.
- KOWALCZUK, K.; KRAJEWSKA-KULAK, E. Exposure to psychoactive compounds amongst students of medical university. **Cent Eur J Public Health**, v. 25, n. 3, p. 200–205, 2017.
- KUKREJA, S. *et al.* Introducing Mentoring to 1st-year Medical Students of a Private Medical College in North India: A Pilot Study. **Int J Appl Basic Med Res**, v. 7, n.1, p.67-71, 2017.
- MAT NOR, Z. M.; YUSOFF, S. B. M.; RAHIM F. A. A. Characteristics of mentoring programmes in the early phase of medical training at the Universiti Sains, Malaysia. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 12, n.4, p. 343-348, 2017.
- MERLIN, E.; BOING, V.H.M. **Análise da qualidade de vida dos estudantes de medicina através do método WHOQOL-BREF**. 2019. 17 p. Trabalho de Iniciação Científica (Graduação em Medicina) – Curso de Medicina. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2019.

NAWAZ, H.; KHAN, A. A.; BUKHARI, S. Use of psychoactive drugs among medical undergraduates in Abbottabad. **J Ayub Med Coll Abbottabad**, v. 29, n. 4, p. 599–603, 2017.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

RIBEIRO, M. M. F. *et al.* Tutoria em escola médica: avaliação por discentes após seu término e ao final do curso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 509–514, 2013.

SANTEN, S. A. *et al.* Burnout in Medical Students: Examining the Prevalence and Associated Factors. **Southern Medical Journal**, v. 103, n. 8, p. 758–763, 2010.

TENÓRIO, L. P. *et al.* Saúde mental de estudantes de escolas médicas com diferentes modelos de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 574–582, 2016.

CAPÍTULO 22

REPERCUSSÕES DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014 NOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DAS NOVAS ESCOLAS MÉDICAS

Carolina Machado

Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde. Professora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: carolinamachado13@gmail.com

Heloisa Beatriz Machado

Mestre em Enfermagem. Professora do curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí.

E-mail: heloisa@univali.br

1. INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) são normativas que orientam o planejamento tendo como ideário a flexibilização curricular, e devem orientar a construção dos currículos e Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC). As diretrizes devem estar contempladas nos currículos de modo a contemplar o perfil acadêmico e profissional, as competências, habilidades e os conteúdos nelas estabelecidos (ABDALLA *et al.*, 2009).

As DCN do Curso de Graduação em Medicina estabelecem os princípios, os fundamentos, as metodologias, as condições, os procedimentos e as finalidades da formação em Medicina.

Revisitando um pouco da história, podemos compreender melhor os avanços da formação em saúde até o estabelecimento das DCN. Abraham Flexner publicou um estudo sobre escolas médicas nos EUA e Canadá em 1910 que produziu recomendações para a formação desses profissionais com destaque para a criação de hospitais-escola e um ensino pautado por uma prática científica positivista. Este modelo reorientou o ensino médico em todo o mundo, e é considerado por muitos autores como um paradigma que segue influenciando a formação em saúde (ABDALLA *et al.*, 2009; FEUERWERKER, 2014).

Na década de 1950, fóruns nacionais e internacionais começaram a apontar a insuficiência deste modelo para balizar a formação médica, devido ao distanciamento dos currículos das necessidades de saúde da população (GOMES *et al.*, 2009).

A partir destes fóruns, e no bojo da reforma sanitária brasileira, nasce um movimento para aproximar a formação dos profissionais de saúde às reais necessidades de saúde da população. Este movimento é baseado na concepção da integralidade da atenção à saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

A partir de 2001, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, o Ministério da Saúde assume seu papel indutor na formação de recursos humanos, que até então era ordenada pelo Ministério da Educação.

Logo em 2002, os Ministérios da Saúde e da Educação criaram, em parceria, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed), estimulando a adequação dos currículos às DCN de 2001. Outro marco importante foi a criação do Programa Mais Médicos em 2013, que estabeleceu novos parâmetros para a formação médica e desencadeou na elaboração das novas DCN de Medicina, publicadas em 2014 (BRASIL, 2014).

Apesar da reconhecida importância das novas DCN e seu potencial papel indutor de mudanças na formação médica, são necessários estudos que busquem identificar e refletir sobre sua aplicação na prática médica e na formação acadêmica.

O estudo aqui relatado foi realizado a partir do discurso presente nos Projetos Pedagógicos das escolas médicas criadas após a publicação das DCN de 2014, buscando identificar de que forma os principais eixos e dimensões das DCN foram incorporados e direcionaram a formação médica no país.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo foi realizado através de uma abordagem qualitativa, com análise documental dos PPCs das escolas médicas criadas após a publicação das novas DCN de Medicina, em 20 de julho de 2014.

Os materiais para a pesquisa (fontes documentais) foram obtidos através da internet, em sites oficiais do Ministério da Educação (MEC) e/ou das Instituições de Ensino. Para obtenção da permissão das escolas que não disponibilizavam seus PPCs *online* foi realizado contato formal por e-mail com o coordenador do curso, e as escolas que aceitaram participar do estudo enviaram seus PPCs por e-mail.

Das cinquenta e três escolas médicas criadas desde a publicação das DCN de 2014 até o início da coleta de dados em fevereiro de 2017, quinze foram incluídas no estudo, identificadas de “E1” a E15”.

Os dados foram analisados a partir do referencial teórico de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2011), como também a hermenêutica dialética (BRITO *et al.*, 2011). Para apresentação dos resultados, estes foram organizados em três dimensões que são coincidentes com perfil de competências que norteia as DCN de Medicina de 2014: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde.

Para a confecção deste trabalho, realizamos um recorte que focaliza a dimensão Educação em Saúde, seus núcleos de sentido e as categorias encontradas a partir da análise documental. Este recorte objetiva melhor atender as especificidades do veículo de publicação.

Por se tratar de pesquisa com dados documentais de caráter público, não houve a obrigatoriedade de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa, no entanto, respeitou-se os preceitos contidos na Resolução 466/2012.

3. RESULTADOS

Para a Caracterização das Escolas, obteve-se a representatividade de todas as regiões do país no conjunto de escolas analisadas, sendo que a maioria se concentra no Nordeste.

As escolas analisadas são predominantemente Instituições Federais, totalizando 66 % do universo das escolas. A seguir são apresentados os dados que emanaram dos PPCs e se mostraram relevantes no escopo da dimensão “educação em saúde” durante o processo de análise, culminando nas categorias do estudo.

4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A “educação permanente” contida nas DCN de 2001 foi substituída nas de 2014 pela seção “Educação em Saúde”, que é uma das grandes áreas de competência para a formação médica (BRASIL, 2014). Considerando esta competência, a análise dos PPCs permitiu identificar quatro núcleos de sentido: abordagem pedagógica, estrutura curricular, compartilhamento de saberes e capacitação docente.

É importante ressaltar que, historicamente, o processo ensino-aprendizagem tem se restringido à reprodução do conhecimento, em que o docente assume um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que ao discente cabe a retenção e repetição dos mesmos, de forma passiva e acrítica (DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017). Buscando superar estas características, há um movimento voltado à produção de mudanças com o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à promoção de uma educação transformadora (LIMA, 2017).

As DCN de 2001 já apontavam para a necessidade de utilizar outras metodologias de ensino, e as DCN de 2014 vieram ratificar a importância desta mudança no modelo pedagógico adotado pelas escolas.

Quanto à abordagem pedagógica, o número de escolas que têm adotado metodologias ativas é crescente no mundo e no Brasil (DE SORDI, 2000). Identificou-se que duas estratégias principais vêm sendo adotadas pelas escolas médicas: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP). Algumas escolas relatam utilizar tanto a ABP como a problematização, estratégias pedagógicas que podem ser complementares.

“A aprendizagem baseada em problemas, na educação dos profissionais de saúde, tem três objetivos: a aquisição de um corpo integrado de conhecimentos, a aplicação de habilidades para resolver problemas e o desenvolvimento do raciocínio clínico. A problematização como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, [...] integra a metodologia do curso como

estratégia para estimular a curiosidade, assim como retoma o aprofundamento teórico a ser estudado [...]”. E2

Uma escola cita a utilização da metodologia da espiral construtivista, que utiliza disparadores que simulam problemas da realidade. Todas as escolas afirmam utilizar, em alguma medida, metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Uma das escolas assume adotar um currículo híbrido.

“[...] se trata de um modelo de currículo híbrido, onde possibilitamos a convivência de estratégias, fazeres e saberes ecléticos, que possuem como meta convergente a formação integral do indivíduo pautada numa aprendizagem significativa e problematizadora, que fará amplo uso de metodologias e dispositivos ativos de aprendizagem e ensino”. E7

As escolas demonstram a relevância de se desenvolver atividades nos cenários reais dos serviços de saúde, nos quais é possível o contato com a realidade como ela se apresenta. Além disso, propõem a utilização de ambientes simulados com diversas estratégias educacionais, como a utilização de simuladores, manequins e *role playing*.

Outro aspecto importante na abordagem pedagógica é a avaliação, considerada por alguns autores como a grande evidenciadora das metodologias ativas no projeto pedagógico da escola (GONTIJO; ALVIN; LIMA, 2015).

Para consolidar essas novas metodologias, a avaliação formativa tem ganhado espaço, e as escolas estudadas valorizam este método avaliativo.

“Avaliações formativas serão realizadas de forma regular e ao longo do processo formativo, com a finalidade de se obter dados sobre o progresso dos alunos. Deste modo, a avaliação formativa poderá viabilizar oportunas correções dos desvios observados e reforçar as conquistas realizadas”. E6

É sabido que nenhum método é capaz de isoladamente avaliar os múltiplos aspectos que envolvem a complexidade do saber médico; daí a necessidade da combinação dos métodos, como apresentado pelas escolas, tendo como foco a avaliação formativa (GOMES *et al.*, 2010).

A análise dos PPCs permite inferir que há um avanço em relação às abordagens educacionais adotadas pelos cursos, já que a maioria das escolas utiliza aulas expositivas como complementares às outras estratégias alinhadas às metodologias ativas, como grupos tutoriais e *team based learning* (TBL).

Quanto à estrutura curricular, identificou-se que as novas escolas médicas têm definido diversos arranjos para a sua organização curricular. Os trechos dos PPCs demonstram predominantemente uma organização tradicional, com ciclos básico, clínico e internato médico. O currículo assim formatado constitui um fator que dificulta

a integração das disciplinas, o que é fundamental para a interdisciplinaridade na formação. As escolas médicas demonstram uma dificuldade de superação desse modelo tradicional de organização curricular.

“[...] 2 anos compondo o primeiro ciclo de aprendizagem (integrando conhecimentos básicos aos aplicados e aos cenários de práticas relevantes, dando ênfase aos conhecimentos básicos), 2 anos no segundo ciclo de aprendizagem (ênfase nos conhecimentos aplicados) e 2 anos no terceiro ciclo de aprendizagem na modalidade Internato Médico”. E4

As escolas evidenciam diversas concepções acerca do currículo integrado e, conseqüentemente, diversas formas de organizá-lo. Os conteúdos essenciais para a formação são organizados de forma que haja integração por meio de alguns formatos, como: módulos temáticos por ciclo vital, unidades por sistemas orgânicos ou atividades em torno de conceitos-chave.

As DCN de 2014 determinam que se deve inserir o aluno nos serviços de saúde desde as séries iniciais e ao longo de todo o curso, e as novas escolas acompanham esta recomendação (BRASIL, 2014). A aproximação dos estudantes com o cotidiano dos usuários e do serviço possibilita a produção de vínculos e tende a solidificar a formação na perspectiva da integralidade. Nos cenários de prática, os alunos desenvolvem vivências únicas, impossíveis de serem desenvolvidas em sala de aula.

As DCN de Medicina de 2014 determinam também que no mínimo 30 % da carga horária do internato seja desenvolvida na Atenção Básica e nos serviços de Urgência e Emergência, com predomínio da Atenção Básica, que deverá ser coordenada pela Medicina Geral de Família e Comunidade (MFC) (BRASIL, 2014). Observa-se nos PPCs que as escolas seguem esta recomendação. Desta forma, o egresso de Medicina deve estar apto para atuar em todos os pontos da rede de atenção, principalmente nas suas portas de entrada.

Na categoria relação ensino-serviço emergiram dos PPCs duas subcategorias: horizontalidade nas relações e Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES). O estabelecimento do COAPES é uma inovação das DCN de 2014 em relação às de 2001, e, embora seja um dispositivo recente, as escolas relatam sua utilização.

Em relação ao compartilhamento de saberes, no âmbito da educação com a equipe e para o trabalho, observa-se que o conceito de educação permanente em saúde não é incorporado pelas escolas, que o confunde com educação continuada.

“[...] ter curiosidade técnico-científica e realizar educação permanente (busca constante de informações e auto aprendizado)”. E5
“Atualizar-se permanentemente na sua vida profissional, participando constantemente de programas de educação continuada”. E7

As dificuldades conceituais refletem nos modelos pedagógicos adotados, tendo-se, ainda hoje, a denominada educação bancária que tem sido uma realidade nas práticas de saúde. Dessa forma, reproduz o discurso biologicista e intervenções normalizadoras, numa relação assimétrica entre educador e educando ou entre profissionais e usuários (FEUERWERKER, 2014).

Alguns PPCs apontam que a educação popular em saúde deve ser uma estratégia vivenciada pelos alunos, visando o estímulo à autonomia dos sujeitos e denotando uma estratégia positiva para promover mudanças.

As DCN de Medicina de 2014 determinam que os cursos deverão manter permanente programa de formação e desenvolvimento da docência em saúde. Todas as escolas analisadas demonstram estruturação de programas de capacitação docente, alguns na lógica da educação permanente e outras na da educação continuada (BRASIL, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu identificar de que forma as novas escolas médicas incorporam em seus PPCs as recomendações contidas nas DCN de 2014. De maneira geral, a análise dos PPCs evidenciou uma forte coerência com as recomendações apontadas pelas atuais DCN.

Em relação à educação em saúde, verificou-se uma ampla adesão às metodologias ativas de ensino-aprendizagem, mostrando forte alinhamento às DCN de 2014. Entretanto, ao analisar a grade curricular e as estratégias educacionais, verifica-se a prática de currículos híbridos ou tradicionais. Isto pode indicar uma certa resistência às mudanças conceituais do currículo, ou ainda que as escolas passam por um momento de transição.

As escolas ainda estruturam seus currículos em ciclos, formato que está muito relacionado ao modelo flexneriano. Assumem a importância da integração curricular, porém esta integração se dá entre as disciplinas do mesmo ciclo, e não entre os ciclos básico, clínico e internato. Desta forma, outro grande desafio a ser superado pelas escolas é articular o currículo proposto ao prescrito, pois nos PPCs estão expressos

os elementos centrais das DCN, mas quando se analisa o currículo prescrito, há uma lacuna na estrutura dos cursos e organização curricular, refletindo uma modelagem tradicional.

Analisando atentamente os PPCs, observa-se que existe um deslocamento do paradigma flexneriano para o da integralidade, embora ainda com algumas fragilidades. Além disso, o alinhamento dos PPCs às DCN demonstra a potência de indução dos Ministérios da Saúde e Educação na formação profissional.

Como este estudo foi realizado com o currículo formal, uma das suas limitações é não retratar outras dimensões, como o currículo paralelo e o currículo oculto.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, I. G. et al. Projeto Pedagógico e as mudanças na educação médica. **Rev Bras Educ Med.**, v. 1, n. 33, p. 44–52, 2009.
- ANDRADE, M.R.S. **Formação em saúde:** experiências e pesquisas nos cenários de prática, orientação teórica e pedagógica. Blumenau: Edifurb, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Mais Médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRITO, R. M. et al. A hermenêutica e o processo de construção do conhecimento. **Dialógica UFAM**, v. 53, n. 3, p. 1–12, 2013.
- DE SORDI, M.R.L. Problematizando o papel da avaliação da aprendizagem nas metodologias inovadoras na área da saúde. **Rev Educ PUC-Campinas**, n. 9, p. 52–61, 2000.
- DIESEL, A.; BALDEZ, A. L. S.; MARTINS, S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Rev Thema**, v. 1, n. 14, p. 268–88, 2017.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- GOMES, A.P. Avaliação no ensino médico: papel do portfólio nos currículos baseados em Metodologias Ativas. **Rev Bras Educ Med.**, v. 3, n. 34, p. 390–396, 2010.
- GOMES, R. et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. **Interface Comun Saúde, Educ.**, v. 28, n. 13, p. 71–83, 2009.
- GONTIJO, E. D.; ALVIM, C. G.; LIMA, M. E. C. Manual de avaliação da aprendizagem no curso de graduação em medicina. **Rev Docência Ens Sup.**, v. 1, n. 5, p. 205–326, 2015.
- LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface - Comun Saúde e Educ.**, v.61, n. 21, p. 421–34, 2017.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade.** Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO, 2006.
- SILVA, F.A. **Processo autoavaliativo do desenvolvimento docente em escolas médicas brasileiras:** espelhos e reflexos nas percepções dos atores institucionais. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2017.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor e Pós-doutor em Saúde Coletiva. Professor do curso de Medicina e Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: marcos.aurelio@univali.br

Alessandro da Silva Scholze

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: alessandroscholze@univali.br

Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Professor do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: leonardooliviera@univali.br

Pablo Sebastian Velho

Especialista em Infectologia. Coordenador do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.
E-mail: psvelho@univali.br

Agência Brasileira ISBN
ISBN: 978-65-86230-18-5