

Adriana Porto Nunes

ANEXO AO PROCESSO Nº 172/2001 -CM

DEFESA DE DISSERTAÇÃO/MESTRADO: 29/04/2004

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**Formação Médica em Situação de Estágio:
Concepções e Prática de Estudantes de Medicina no
Atendimento a Pacientes Especiais**

Marília

2004



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**FORMAÇÃO MÉDICA EM SITUAÇÃO DE ESTÁGIO:
CONCEPÇÕES E PRÁTICA DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO
ATENDIMENTO A PACIENTES ESPECIAIS**

Adriana Porto Nunes

Marília

2004

Adriana Porto Nunes

**FORMAÇÃO MÉDICA EM SITUAÇÃO DE ESTÁGIO:
CONCEPÇÕES E PRÁTICA DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO
ATENDIMENTO A PACIENTES ESPECIAIS**

1410001607



Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Marília, para obtenção do título de Mestre em Educação (Área de Concentração: Ensino na Educação Brasileira).

Orientador: Dr. Eduardo José Manzini

**Marília
2004**



UN001139409

70804001

Nº cham: 378,073
n 9721f

Nº Tombo 1607

Aquisição D

Preço C\$ 5,00

Data 10/11/04

Proced. autor

medicina - Formação profissional
Estudantes de medicina - Estágios
Hérnia inguinal
98p., graf + anexo

R811p Nunes, Adriana Porto

Formação Médica em Situação de Estágio: concepções e prática de estudantes de Medicina no atendimento a pacientes especiais / Adriana Porto Nunes -- Marília, 2004.
98 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) -- Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2004.
Bibliografia: f. 84-88.
Orientador: Dr. Eduardo José Manzini.

Formação profissional; estágio médico, pacientes especiais; hérnia inguinal. I. Autor. II. Título

CDD 370.15

DEDICATÓRIA

Adriana Porto Nunes

Educação

BANCA EXAMINADORA

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre

Presidente e Orientador:

- Dr. Eduardo José Manzini –
Faculdade de Filosofia e Ciências -
UNESP/Marília

Examinadores:

- Dr Ricardo Shoiti Komatsu
- Dra. Luciana Tavares Sebastião

Suplentes:

- Dra. Rita de Cássia Tibério Araújo
- Dra. Roseli Ferreira Silva



AGRADECIMENTOS

DEDICATÓRIA

A Deus, meu fiel companheiro nesse árduo
percurso.

*Ô profundidade da riqueza,
da sabedoria
e do conhecimento de Deus!
Quão insondáveis
são os seus juízos
e inescrutáveis
os seus caminhos!
Quem conheceu a mente do Senhor?
Ou quem foi seu conselheiro?
Quem primeiro lhe deu,
para que ele o recompense?
Pois dele, por ele e para ele são todas as
coisas
A ele seja a glória para sempre! Amém .*

Rm 11: 33-36

AGRADECIMENTOS

À Dra. Viviane Souza Galvão, por acreditar na minha capacidade, no meu ideal e no meu desejo de realização desse estudo, estando sempre empenhada na minha orientação.

Ao Dr. Eduardo José Manzini, por ter assumido a minha orientação, na fase final deste trabalho, sempre disponível e disposto.

A todos os estudantes e pacientes que participaram, razão principal da realização deste estudo.

À minha mãe Ivani, meu pai Domingos, e minha tia Zoca, por atravessarem comigo os momentos mais difíceis, confiando sempre no resultado satisfatório deste estudo.

Aos meus irmãos Amauri e minha cunhada Cássia, ao meu irmão Armando e minha cunhada Rose, pelo apoio e incentivo constantes.

Aos meus colegas Rúdnei e Freitas, pelo apoio, incentivo, e por terem assumido parte das minhas atividades profissionais no decorrer da realização deste trabalho.

À minha amiga Magali, sempre pronta a me ouvir e me ajudar em dúvidas e angústias, sempre com palavras de incentivo e companheirismo.

Ao funcionário Carlos do setor de documentação científica, pela disposição na filmagem dos atendimentos.

As funcionárias do ambulatório de Cirurgia Pediátrica da FAMEMA, Sueli e Venina, pelo companheirismo e disposição durante a realização deste trabalho.

Aos funcionários do setor de Pós-graduação da UNESP, pela atenção e disposição ao me atenderem durante a realização deste estudo.

A todos que estiveram comigo durante essa difícil trajetória e que torceram pelo resultado satisfatório deste estudo, meu

Muito obrigada!



RESUMO

NUNES, A. P. *Formação médica em situação de estágio: concepções e prática de estudantes de medicina no atendimento a pacientes especiais*. 2004. 96 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, SP.

O estudo aqui apresentado envolveu 33 estudantes de 5º ano de um curso médico, estagiários na disciplina Cirurgia Pediátrica da Faculdade de Medicina de Marília. Tem o objetivo de analisar as concepções dos estudantes a respeito da prática médica que envolve a doença hérnia inguinal e a articulação entre a teoria e prática desenvolvida pelo estudante, durante o atendimento desses pacientes no ambulatório dessa disciplina. Está voltado para a melhor compreensão dos fatores do contexto de formação em situação de prática médica. Assenta-se em teorias intrinsecamente relacionadas, de aprendizagem e de formação profissional médica, cuja evolução depende da capacidade do profissional médico compreender a realidade na prática médica para nela intervir de modo sócio-construtivista. Envolveu a identificação de concepções, de uma amostra de estudantes do 5º ano de um curso médico, sobre a doença hérnia inguinal seu diagnóstico e tratamento, e ainda, o registro e análise de atitudes de dois dos alunos dessa mesma amostra de estudantes, em situação de prática médica envolvendo pacientes com pré-diagnóstico de hérnia inguinal. As concepções foram levantadas por meio de questionários semi-estruturados enquanto que as atitudes foram identificadas por meio da análise da filmagem de duas situações de atendimentos médico no ambulatório da Cirurgia Pediátrica. Os resultados do levantamento das concepções, da análise destas atitudes e da articulação entre teoria e a prática, revelaram uma valorização por parte dos estudantes dos referenciais científicos no exercício da prática médica, traduzindo uma formação calcada preferencialmente na doença ao invés de no doente. Esses resultados apontaram para a necessidade de reflexões conjuntas e críticas com os estudantes visando conscientizá-los da necessidade de superar dificuldades no exercício da prática médica, entre elas a articulação entre os saberes científicos e o contexto social de trabalho. As concepções dos estudantes, tanto a respeito da doença hérnia inguinal quanto do modo de diagnosticá-la e encaminhar tais pacientes, apontaram a necessidade de envolvê-los em reflexões críticas a respeito da realidade de trabalho médico vivenciada por eles durante o estágio na Pediatria Cirúrgica, acreditando ser esse o caminho para a articulação entre saberes científicos e o contexto social de trabalho, em busca de uma prática médica de relevância social.

Palavras-chave: Formação profissional; estágio médico; pacientes especiais; hérnia inguinal.

ABSTRACT

NUNES, A.P. *Professional training in internship: medical students' conceptions and practice related to the attendance of special patients*. 2004. 96 pages, written essay (MD in Education)- Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, sp.

The study herein presented involved 33 students of 5th year of a medical course, interns in the pediatric surgical discipline of school of Medicine of Marília. It has purpose of analyzing the students' conceptions regarding the medical practice involving the inguinal hernia disease and the link between theory and practice developed by student during the attendance of those patients in the ambulatory of this discipline. It is aimed at the best understanding of the graduation context factors in medical practice situations. It based upon intrinsically related theories, of learning and medical professional training, whose evolution depends on the practitioner's ability to understand the reality concerning medical practice, so it can intervene in a social-constructive way. It involved the identification of conceptions of a sample of students of the 5th year of a medical course, on the inguinal hernia disease, its diagnosis and treatment, and also, the register and analysis of the attitudes of two of the students, in medical practice situation involving patients with pre-diagnosis of inguinal hernia. The conceptions were surveyed by means of semi-structured questionnaires whereas the attitudes have been identified by means of analysis of two medical attendances at the pediatric surgical ambulatory. The survey outcome conceptions and those analysis concerning attitudes and of the link between theory and practice as well, have revealed a valorization on the part of the students related to the scientific referentials in the exercise of the medical practice expressing a formation based mainly on disease instead of on the patient. Those results have pointed to the need of joint reflections and criticism with the students with a view at making them aware of the need of overcoming difficulties in the medical practice, among them the link between the scientific knowledge and the social work context. The students' conceptions both about the inguinal hernia disease and the way of diagnosing it and of referring such patients, have pointed out the necessity of involving them in critical reflections regarding the medical work reality experience by them during the surgical pediatric internship, believing that to be way for the link between the scientific knowledge and the pursuit of a medical practice of social relevance.

KEYWORDS: professional training, internship, special patients; inguinal hernia.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	08
2. O PAPEL DA EDUCAÇÃO NA FORMAÇÃO DO MÉDICO: reflexão e articulação com o contexto social de trabalho	10
3. O CURRÍCULO DA FAMEMA E A FORMAÇÃO MÉDICA NA PERSPECTIVA DE ENSINO POR PESQUISA	21
4. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	31
5. MÉTODO	35
5.1. Os sujeitos e o contexto da pesquisa.....	35
5.2. Cuidados e procedimentos iniciais.....	36
5.3. Procedimentos para coleta de informações	37
5.3.1. Elaboração e aplicação do questionário.....	37
5.3.2. Filmagem das duas situações de prática médica.....	39
5.4. Procedimentos para análise dos dados.....	43
5.4.1. Elaboração de categorias para análise do questionário	43
5.4.2. Elaboração de categorias para análise da filmagem	45
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
6.1. Apresentação e Discussão das Respostas ao Questionário	48
6.1.1 Concepções científicas.....	48
6.1.2 Concepções dos estudantes acerca de fatores inerentes à relação médico-paciente.....	54
6.1.3 Concepções dos estudantes acerca de seu papel social.	57
6.2. Apresentação e discussão da análise sobre as filmagens.....	64
6.2.1 Atitudes dos estudantes que favoreceram o estabelecimento de um relacionamento médico paciente adequado.....	64
6.2.2 Como o médico conduz a realização da entrevista.....	67
6.2.3 Atitudes do estudante durante a realização do exame físico...	76
7. CONCLUSÕES	80
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXO A	91
APÊNDICE A	92
APÊNDICE B	95
APÊNDICE C	96
APÊNDICE D	97
APÊNDICE E	98

1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Em minhas atividades docentes com estudantes do quinto ano médico, na Disciplina de Cirurgia Pediátrica da FAMEMA, chamou-me atenção a articulação que os mesmos faziam entre a teoria e prática, ou seja, freqüentemente os estudantes articulavam de maneira inadequada suas concepções teóricas, ao exercício da prática, resultando em uma prática médica inadequada.

Como docente envolvida no processo de formação médica destes estudantes, e consciente da importância do conhecimento dos diversos fatores implicados nesse processo, determinantes de uma prática médica significativa, desenvolvemos o estudo aqui apresentado, com o objetivo principal de conhecer as concepções dos estudantes de Medicina, que ingressam na Disciplina de Cirurgia Pediátrica, acerca dos aspectos influenciadores da construção de competências necessárias a uma prática médica adequada. Os aspectos analisados dizem respeito à prática médica exercida pelos estudantes no estágio de Cirurgia Pediátrica, considerando-se a articulação entre as concepções que os mesmos têm acerca desta prática e o modo como os mesmos colocam em prática esses saberes.

Com intuito de analisar os vários fatores envolvidos na construção de competências para o exercício da prática médica, elegemos pacientes portadores de hérnia inguinal e analisamos as concepções dos estudantes acerca desta doença, e o modo como os estudantes utilizam essas concepções no atendimento desses pacientes.

As concepções acerca da prática médica que envolvem essa doença, foram analisadas através do uso de um questionário informativo, e o modo dos estudantes utilizarem essas concepções no exercício da prática, foi analisado através do registro de duas situações de atendimento ambulatorial de pacientes portadores de hérnia inguinal.

Ao analisarmos essas concepções dos estudantes e o modo como os mesmos as utilizam na prática, pretendemos conhecer as possíveis dissonâncias



conceituais que interferem na articulação entre teoria e prática, geradoras de uma prática médica inadequada e sem relevância social.

A seguir estaremos apresentando pressupostos acerca da Formação Médica atual, norteadora deste estudo, e, resumidamente, a trajetória da FAMEMA rumo ao currículo atual.

Posteriormente estaremos discorrendo sobre os objetivos e a delimitação do estudo.



2 O PAPEL DA EDUCAÇÃO NA FORMAÇÃO DO MÉDICO: REFLEXÃO E ARTICULAÇÃO COM O CONTEXTO SOCIAL DE TRABALHO

Nos últimos 25 anos, temos vivenciado o fenômeno da globalização, que tem traçado um novo perfil econômico para o mundo, caracterizado principalmente pela crescente diversidade econômica entre os países.

Como fator acelerador da globalização, evidencia-se o papel do avanço tecnológico na área da comunicação, através do qual, hoje se é possível receber e enviar informações em tempo real a diversos lugares de maneira muito rápida. Esse novo perfil econômico, aliado à circulação livre e rápida de informações, transformou tanto as relações internacionais como a compreensão do mundo pelo homem.

Diante deste contexto, entende-se que a Educação no século XXI tem um novo e importante papel a desempenhar, no que diz respeito à efetiva preparação do cidadão do futuro.

Não é permissível que a escola do século XXI permaneça alheia ao mundo globalizado, que acontece fora dos seus muros, tendo em vista a globalização, revelada principalmente por diversos desequilíbrios na sociedade contemporânea, como bem cita Delors et al. (2000, p. 45).

O desenvolvimento das interdependências veio revelar vários desequilíbrios: desequilíbrio entre países ricos e países pobres; fratura social entre os mais favorecidos e os excluídos, no interior de cada país; uso descontrolado dos recursos naturais, provocando a rápida degradação do meio ambiente [...].

Esses desequilíbrios refletem as relações do ser humano com seu meio ambiente, tendo como pano de fundo um mundo globalizado e caracterizado pela interdependência mundial.

O que se busca hoje é a transformação dessa interdependência em solidariedade, e aí, a Educação deve entrar como principal vetor no preparo do cidadão que compreende a si mesmo e o outro através do conhecimento do mundo.

Adquirir solidariedade, em escala mundial, exige que o homem ultrapasse o egoísmo, os próprios interesses e passe a compreender o outro tendo como base o respeito à diversidade tão explicitada pelos desequilíbrios da globalização.

Nota-se, portanto, que o papel da Educação do novo século é essencialmente difícil de realizar-se, porém extremamente importante e vital para que tal solidariedade aconteça. Torna-se então clara a responsabilidade da Educação na construção de um mundo mais solidário com cidadãos conscientes, ao mesmo tempo, das suas raízes culturais e da existência de outras culturas tão singulares como a sua, porém, igualmente importantes e participantes de um patrimônio mundial, comum à humanidade.

Não se trata de criar uma nova disciplina e agregá-la a um currículo tradicional existente, mas sim de mudar os referenciais; ou seja, basear-se em referenciais pautados em um componente ético essencial, com valorização e respeito ao conhecimento das culturas e valores espirituais das diferentes civilizações, capazes de combater uma globalização que valoriza aspectos econômicos e tecnicistas, propiciando o sentimento de perda de identidade e exclusão nas diversas nações.

A Educação tradicional fundamenta-se principalmente em referenciais positivistas, que pressupõem o conhecimento como algo estável, adquirido, certo e seguro, e acredita ser possível o uso de tal conhecimento que foi acumulado durante a formação inicial, em situações problemas ao longo da vida; e portanto, entende-se que esses referenciais não são capazes de responder nem a realidade complexa em que se vive atualmente, nem à imprevisibilidade que o século XXI reserva.

Surge a necessidade de mudança nos referenciais norteadores da Educação do futuro. Necessitamos de profissionais reflexivos e críticos, capazes de agir inteligente e estrategicamente no que diz respeito ao saber fazer e na obrigação de fazê-lo a todo instante no exercício das práticas (SÁ-CHAVES, 2000).



A transmissão de conhecimentos e a ilusão de que os estudantes são capazes de utilizar esses conhecimentos na vida prática profissional, foi por muito tempo aceita como necessária e suficiente para que o profissional criasse as competências necessárias para as soluções e realizações das diversas práticas, nas mais diferentes e inusitadas situações problema que o mesmo encontrava ao longo de sua vida. Contudo, nunca como hoje, se torna evidente que a educação que fornecerá cidadãos e profissionais críticos e reflexivos capazes de compreender a si mesmos e aos outros, deve se assentar em torno de outras aprendizagens que não a de transmissão e de acúmulo, que nada mais fornece do que passividade e não reflexão. Trata-se agora de se fixar em outros pilares do conhecimento: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a ser. (DELORS et al., 2000).

As mudanças ocorridas no âmbito da Educação Médica, estão de acordo com o contexto mundial de transformação de referenciais da educação, que procurando atender a essa nova perspectiva de Educação, busca novos referenciais que possam contribuir para formação do profissional que a sociedade contemporânea exige. Tal movimento resulta, por exemplo, na aprovação de novas Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina pelo MEC, tais diretrizes se preocupam em absorver os referenciais acima mencionados, estando em acordo com as exigências para o profissional do século XXI. Esses referenciais nos remete em última análise, a uma nova Filosofia da Ciência e da Didática da Ciência, mais voltada para a construção de novas competências de aprendizagem: aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a ser e aprender a fazer, onde se valoriza como estratégia de ensino-aprendizagem a reflexão com base na experiência, articulando o profissional com seu local de trabalho. Assim sendo, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de graduação em Medicina definem no parecer do CNE/CES 1.133/2001, aprovado em 2001 (BRASIL, 2001):

Competências e habilidades específicas para o profissional médico:
Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; Comunicar-se adequadamente com

colegas de trabalho, com os pacientes e com os seus familiares; Informar e educar seus pacientes, familiares e a comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e à reabilitação das doenças, usando apropriadas técnicas de comunicação; Realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e técnica do exame físico; Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica; Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, o paciente portador de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral; Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Essas Diretrizes Curriculares têm implícita uma filosofia de formação que enfatiza a necessidade de se formar um profissional médico reflexivo e articulado com seu contexto social de trabalho. Enfatiza a formação médica inicial de uma forma totalmente diferente da formação tradicional, que valoriza, sobretudo, o conhecimento científico e técnico.

Na análise dessas diretrizes está claro o esforço em articular a formação inicial do médico, com seu contexto social de trabalho, considerando seus destinatários (pacientes e familiares). Os mesmos pressupostos para formação profissional são utilizados por diversos estudiosos (SÁ-CHAVES, 2000; PERRENOUD, 2002; BARROSO, 1997; CANÁRIO, 1997).

De acordo com Sá-Chaves (2000), espera-se que o profissional do futuro, seja um profissional crítico e reflexivo, capaz de agir inteligentemente e estrategicamente no que diz respeito ao saber fazer e na obrigação de o fazer a todo instante no exercício da prática.

Tal pressuposto evidencia a necessidade da atual mudança no campo de formação profissional.

De acordo com Barroso (1997), assiste-se atualmente a uma crescente valorização da prática (situações de trabalho) e dos ambientes de aprendizagem no sentido de se articular a prática com a aprendizagem e a prática profissional com o contexto social. Tais pressupostos demonstram um recuo da "forma escolar de formação" que investe na separação das situações de trabalho (prática) das situações de aprendizagem (formação), como se fosse possível após anos de

formação empregar na prática todo conhecimento acumulado, na ilusão de que o profissional competente seria aquele capaz de acumular durante sua formação uma grande quantidade de conhecimentos científicos e técnicos.

Na visão sócio-construtivista, a educação, os conceitos de formação, competência e conhecimento profissional ganham um novo sentido estando de acordo com as exigências que se fazem para o profissional do século XXI. Esse novo sentido advém da concepção construtivista acerca da aquisição de conhecimento.

Até então acreditava-se ser possível que o estudante adquirisse conhecimentos e competências durante os anos de sua formação inicial, e que em um momento posterior, ao longo de sua vida profissional, seria capaz de utilizá-los. Tal concepção sustenta a educação centrada na transmissão de conhecimentos. Porém, com a globalização, confronta-se com o avanço tecnológico, com aumento de informações, sendo impossível ao profissional a aquisição de tamanha gama de conhecimentos resultando em falta de atualização profissional. Toma-se então falho o paradigma que sustenta a formação profissional tradicional sendo então necessário o repensar da educação, almejando-se uma educação capaz de formar profissionais críticos, reflexivos que saibam utilizar e adquirir informações científicas em prol da sociedade em que vive.

Segundo Sá-Chaves (2000), é com base nesse pressuposto da mudança paradigmática, que se conceitua e justifica a atual concepção de Formação profissional, ou seja, a formação não deve se limitar à aquisição acrítica e arreflexiva de conhecimentos, mas antes admitir uma concepção mais ampla que coloque a formação como contínua na vida profissional, iniciada na escola e desenvolvida ao longo da vida profissional. Tal conceito tem como pano de fundo a visão do conhecimento como algo sócio-construído, negando a concepção tradicional do conhecimento como algo extrínseco ao indivíduo, estável e único.

Canário (1997) discorre sobre tais evoluções no campo da formação profissional ressaltando o conceito de “extraterritorialidade” que acontece na formação profissional conceituada como escolar pelo autor (formação tradicional),

ou seja, a extraterritorialidade seria a separação entre os saberes escolares e as situações de trabalho, o que tem conferido à formação tradicional um vazio social, na medida em que valoriza como situações de formação aquelas que acontecem entre formando e formador, esquecendo-se da articulação entre essas situações e os contextos sociais de trabalho, os destinatários e as situações concretas em que o formando irá desenvolver sua atividade profissional.

Ainda segundo Canário (1997), as evoluções atuais no campo da formação profissional se caracterizam pela valorização do potencial formativo das situações de trabalho, o que justifica a criação de estratégias e práticas de formação que enfatizem a aprendizagem por experiência e o papel de cada sujeito, num processo de autoconstrução como pessoa e como profissional.

De acordo com essa visão atual de formação, o contexto de trabalho, em permanente evolução, deve ser articulado ao indivíduo em formação. Portanto, deve fazer parte da formação do indivíduo, saber reconhecer e lidar com diferentes situações desse contexto em evolução. Com isso a ênfase dada à formação é modificada, ou seja, substitui-se uma formação que valoriza a aquisição de conhecimentos por uma que valorize a aquisição de condições para que o profissional em formação possa apropriar-se de conhecimentos de maneira reflexiva, consciente e crítica e utilizá-los em seu contexto de trabalho, sendo mais importante o processo de formação do que o resultado final deste processo.

Nesse contexto, assim como o conceito de formação, o conceito de competência também ganha novo sentido. Esse novo sentido não se restringe à concepção positivista de competência, relacionada ao desempenho técnico, observável, mas antes, considera também, não só o que o indivíduo faz, mas também o que ele é, a maneira pessoal de fazer e ser. De acordo com Sá-Chaves (2000, p. 99):

Um profissional competente significará sempre aquela pessoa que, possuindo um repertório de conhecimentos e de capacidades vasto e diversificado, toma, executa e avalia as decisões que seleciona, em circunstâncias quase sempre imprevisíveis, de modo a que estas se constituam como soluções adequadas, socialmente legítimas e abertas a constantes reajustamentos para poderem continuar a garantir a sua responsabilidade à instabilidade permanente.

Aqui também vemos uma mudança na ênfase da aquisição de competência profissional, substituindo-se uma educação que valoriza a aquisição de competência valorizando o desempenho observável, por uma educação que valoriza a aquisição de competência valorizando os processos cognitivos e afetivos que precedem o desempenho observável, no intuito de se desenvolver a metacompetência, que busca a ação refletida e sábia por parte do profissional. A reflexão é tida nesse contexto como um meio que permite ao sujeito adquirir outros significados, no momento em que descontextualiza a ação e a recontextualiza, com isso (re)construindo internamente a situação, o que propicia o vislumbre de novas formas de agir desenvolvendo o reflexo de aprendizagem permanente nas e através das situações profissionais, no quadro de uma organização auto-formativa (D'ESPINEY, 1997).

Novamente em relação à competência profissional, valoriza-se a articulação entre a competência e a ação.

O conhecimento profissional na visão sócio-construtivista também ganha um sentido mais abrangente, enquanto na visão positivista o conhecimento é concebido como algo pronto, construído e, portanto, passível de ser transmitido; na visão construtivista o conhecimento científico é concebido como algo sócio-construído através da relação do homem com seu contexto social (VILLANI, 1992; HODSON; HODSON, 1998; LE MOIGNE, 1994; DUARTE; VILLANI, 2000).

No campo da saúde, tal concepção tem implicações importantes, como a mudança acerca da razão do conhecimento em Medicina, que passa ser concebida como efetiva quando incorpora o conhecimento não só de características somáticas do paciente, mas também das características psicológicas (cognitivas e emocionais) e das características sociais do meio em que esse paciente vive. Toda essa exigência em abranger o conhecimento à cerca do paciente tenciona capacitar o médico a agir praxicamente, ou seja, como citado por Sá-Chaves (2000, p. 103):

O profissional de saúde deverá ser um profissional reflexivo que, momento a momento, e situação a situação, invoque seus saberes, para deles selecionar os que, do seu ponto de vista, melhor se ajustem à situação real que está a vivenciar.

O conhecimento profissional na saúde, traduz-se pelo conhecimento global do paciente (biopsicossocial) e pelo conhecimento dos procedimentos tecnológicos que estão à disposição para o diagnóstico, encaminhamento e tratamento deste paciente.

A concepção da práxis profissional na visão sócio-construtivista, objetiva em última análise, permitir que o profissional adquira ao longo de sua vida profissional o conhecimento de si próprio através do exercício da reflexão em cada situação vivenciada, e tal reflexão desenvolverá a dimensão meta-reflexiva profissional, que funcionará como reguladora da práxis profissional, exigência para o desenvolvimento e aquisição de qualidade de si próprio e das situações vivenciadas (SÁ-CHAVES, 2000).

Tal concepção justifica a articulação entre a formação e ação relatada por Canário, na medida em que não separa os saberes científicos dos contextos sociais de trabalho e dos destinatários determinantes da prática profissional.

Algumas pesquisas têm sido realizadas no campo da saúde objetivando o estudo dos processos de formação profissional, tendo como pressuposto a necessidade da articulação entre os saberes científicos e o contexto social de atuação do profissional, para uma formação realmente inovadora no que diz respeito à reflexão e crítica dos profissionais.

Abreu (1997) estudou a dinâmica de formação de enfermeiros em um Serviço de Neurocirurgia do Hospital Central do Porto, Portugal, através de um estudo do tipo etnográfico, com o objetivo de avaliar o dispositivo de formação em exercício do referido serviço que se intitulava inovador. Avaliou tal dispositivo, se o mesmo encontrava-se articulado com o trabalho e se estava localizado nos mesmos espaços e nos mesmos tempos deste.

O autor utilizou métodos quantitativos e qualitativos no intuito de ter acesso à complexidade das situações, às suas contradições, à dinâmica do processo formativo, aos pontos de vista dos atores (enfermeiros), às estratégias por estes construídas e às diferentes racionalidades subjacentes aos

comportamentos observáveis, chegando entre outras conclusões a caracterizar o processo de formação dos enfermeiros da seguinte forma:

[...]se formam a partir de uma dinâmica reflexiva sobre as práticas profissionais, de negociações com as diversas formas de poder e das interações com os pares.

[...]a formação trabalha os materiais produzidos pelo trabalho [...] pode assumir níveis de formalização: formal, informal, não formal, [...]

Na medida em que o coletivo de atores promove o desenvolvimento de práticas analítico-reflexivas sobre o exercício e a organização do trabalho, ele desenvolve igualmente um conjunto de aprendizagens eletivas que substantivam a existência de um dispositivo de formação no contexto de trabalho (ABREU, 1997, p.161).

Concluindo, o autor caracterizou o processo de formação estudado como provido de profunda interligação profissional entre a formação dos enfermeiros e o processo global de socialização profissional estando aí seu perfil inovador no que diz respeito à formação profissional.

D'Espiney (1997) também estudou a formação de enfermeiros no contexto de um estágio de formação inicial em enfermagem, numa unidade de psiquiatria, com intuito de avaliar a articulação da formação com o contexto de trabalho.

Como estratégia de intervenção, a autora utilizou um "projeto de cooperação" entre professores e enfermeiros que tinha como objetivo analisar as situações clínicas das quais participavam os estudantes, partilhar com os enfermeiros a orientação dos alunos e promover o debate no departamento de saúde mental acerca desta problemática.

A autora colocou o trabalho em equipe (professores, alunos e profissionais do contexto hospitalar estudado), como ponto principal desse projeto de cooperação se preocupando em integrar os atores ao contexto real de trabalho, e através dos problemas concretos dos doentes, discutir a prática, refletir e debater com todos os envolvidos nessa prática, e, ao mesmo tempo, intervir através da introdução de elementos reguladores e de adequação da ação.

Como conclusão, a autora manteve a concepção de formação que valoriza a articulação entre os saberes teóricos e a prática; formação profissional e

contexto social de trabalho. Para tanto, condicionou tal concepção a duas condições principais:

1. Mudança nos contextos de trabalho: a necessidade de uma (re)organização na estrutura organizativa do trabalho de forma a permitir o trabalho em equipe, ou seja, uma organização participativa.
2. Um novo paradigma de formação: a formação dos profissionais através de um processo reflexivo, com base na sua experiência o que implica na utilização de estratégias inovadoras que permitam fazer do trabalho o objeto de reflexão e investigação dos atores envolvidos no contexto de trabalho.

Ainda, considerando trabalhos investigativos que estudam a articulação entre a formação e as práticas profissionais; Canário (1997) concordou com os demais autores, ao valorizar a necessidade de um novo paradigma para formação e a necessidade de mudanças de cunho organizativo do contexto de trabalho para aquisição de uma formação profissional mais adequada. O mesmo autor baseou-se na análise de trabalhos empíricos no campo da Saúde, a maioria deles com enfermeiros e médicos.

Canário (1997), ao analisar alguns trabalhos com enfermeiros e médicos identifica como resultado a ineficácia da formação inicial, concluindo que essa advém de uma desarticulação entre a situação de formação e a situação de trabalho (COSTA, 1994 apud CANÁRIO, 1997; PALMERO, 1995 apud CANÁRIO, 1997; CARRAÇA, 1994 apud CANÁRIO, 1997).

O autor atribuiu essa ineficiência da formação inicial, encontrada nessas pesquisas, à necessidade de articulação entre formação e contexto social de trabalho, sugerindo, para tal articulação, a adequação do contexto organizacional do local de trabalho no intuito de se permitir uma formação articulada com a realidade de trabalho.

Desta maneira, podemos concluir que as recentes mudanças no âmbito da formação médica, apontam para necessidade de se formar profissionais

médicos reflexivos e críticos. Esse caminho, parece ser a articulação entre formação e contexto social de trabalho.

3 O CURRÍCULO DA FAMEMA E A FORMAÇÃO MÉDICA NA PERSPECTIVA DE ENSINO POR PESQUISA

Dentre os pressupostos que fundamentam a nova concepção de formação profissional, está a visão sócio construtivista, tanto da produção como da utilização do conhecimento científico, que pode ser resumido na concepção de ciência como cultura.

De acordo com Santos (1999), a concepção de ciência como cultura, oferece um novo olhar para a relação entre a ciência, sociedade e tecnologia e aponta para um ensino que tenha validade cultural, cuja meta é capacitar o estudante a exercer a cidadania, aproveitando as contribuições de uma educação científica e tecnológica. Para isso, faz-se necessária a realização de conexões entre as ciências naturais e os campos social, tecnológico, comportamental, cognitivo, ético, e comunicativo.

Tais conexões passam pela conscientização de estudantes e professores no processo de (re)construção/transformação do conhecimento científico principalmente por meio da aplicação social da ciência. Essa (re)construção/ transformação do conhecimento científico exige uma abordagem do processo de ensino-aprendizagem que permita tal reflexão.

Dentre as perspectivas de ensino atuais, o Ensino por Pesquisa (EPP) é a perspectiva que mais favorece a realização de conexões entre os diversos campos do saber, necessário a aplicação social da ciência.

De acordo com Komatsu (2003), o currículo da FAMEMA, implantado a partir de 1997, tem como objetivo propiciar a aprendizagem de maneira dinâmica para tanto, utiliza um currículo flexível, integrado e interdisciplinar através da utilização de metodologia inovadora (aprendizagem baseada em problemas) e atividades práticas orientadas à comunidade.

A FAMEMA, até 1997, tinha seu sistema de ensino também calcado em uma perspectiva de ensino tradicional, porém a partir desta data sofre transformações político-pedagógicas, e um currículo calcado em perspectivas mais inovadoras foi implantado. Uma nova perspectiva educacional foi adotada, na

qual o processo de ensino-aprendizagem passou a ser visto como uma relação centrada no processo contínuo do aprender a aprender. Dentre as modificações, as competências profissionais almejadas foram redefinidas levando-se em conta os destinatários (pacientes), aspectos éticos e humanísticos, determinantes da prática médica. Essa mudança nas perspectivas de ensino se aproximaram muito da visão CTS do ensino das Ciências¹

Desde a sua implantação, em 1997, a nova política pedagógica implantada pela FAMEMA tem buscado alcançar as inovações prescritas no desenvolvimento contínuo do currículo baseado, nas avaliações realizadas por estudantes e docentes durante todos as séries e por Fóruns anuais para debates sobre as modificações necessárias. O caminho percorrido até então em busca do alcance dessas competências tem assentado seus passos no favorecimento da Visão CTS do ensino das Ciências¹ uma maior aproximação entre a prática e a realidade no que diz respeito ao saberes e processos relacionados ao ensino-aprendizagem e, em relação à promoção de saúde, tem buscado o favorecimento e adequação do desenvolvimento de parcerias com os serviços locais de saúde e a comunidade. De acordo com Komatsu (2003, p.4):

No curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília-FAMEMA, por exemplo, as competências definidas devem capacitar os estudantes para: o processo contínuo de aprender a aprender; a atenção ao paciente; o entendimento da saúde individual inserida em um contexto sócio-econômico de uma determinada população; as habilidades técnicas efetivas para o gerenciamento dos problemas de saúde dos pacientes e da população; o comportamento profissional ético e humanístico; a capacidade de trabalhar em equipe e atuar para a melhoria de saúde da população; o desenvolvimento da prática baseada em evidência.

Dentre as perspectivas de ensino, a que mais favorece essa conexão entre os diversos campos do saber necessária a aplicação social da ciência é a perspectiva de ensino por pesquisa, que propõe um olhar para a educação

¹ Visão CTS do ensino das Ciências: A visão CTS de ensino das Ciências aponta para um ensino que ultrapasse a meta de uma aprendizagem de conceitos e de teorias centrados em conteúdos canônicos. Um ensino que tenha validade cultural, para além da validade científica, e como meta ensinar a cada cidadão o essencial para chegar a sê-lo de facto aproveitando os contributos de uma educação científica e tecnológica. Ao contrário de isolar, procura que se estabeleçam interconexões entre as ciências naturais e os campos social, tecnológico, comportamental, cognitivo, ético, comunicativo (Santos, 1999, p.25).

científica que já não é só em ciência, mas também através da ciência e sobre a ciência, promotora de culturas científicas mais humanizadas, mais perto do homem de amanhã, num mundo tecnológico avançado (SANTOS, 1999; CACHAPUZ et al., 2001).

A educação, nesta perspectiva, deixa de se preocupar somente com a aprendizagem de um corpo de conhecimentos ou de processos da ciência, mas preocupa-se em garantir que tais aprendizagens se tornem úteis e utilizáveis no dia-a-dia, sendo portanto, a perspectiva que mais se aproxima das exigências das Diretrizes Curriculares para o curso de graduação em Medicina, fornecendo subsídios para formação de um profissional reflexivo e crítico.

Tal perspectiva utiliza pressupostos de teorias de aprendizagem baseadas na filosofia cognitivista de aprendizagem, dentre as quais ressaltamos a teoria de Vygotsky.

Segundo Cachapuz et al. (2001), o EPP está centrado numa visão externalista da ciência, que valoriza contextos de descoberta e não apenas contextos de justificação, está centrado sobre os produtos do saber reestruturado, e em metodologias de trabalho ativas, de co-responsabilidade pessoal, de participação, revelando seu elo com a teoria de aprendizagem de Vygotsky que assume que o desenvolvimento cognitivo não pode ser entendido sem referência ao contexto social e cultural no qual ele ocorre:

Influenciado por Marx, Vigotskii conclui que as origens das formas superiores de comportamento consciente deveriam ser achadas nas relações sociais que o indivíduo mantém com o mundo exterior. Mas o homem não é apenas um produto do seu ambiente, é também um agente ativo no processo de criação deste meio (LURIA, 1988, p.25).

Para Moreira (1999), Vygotsky vai além dessa referência histórico-cultural quando considera o desenvolvimento cognitivo como conversão de relações sociais em funções mentais acreditando na interiorização de sistemas de signos e instrumentos produzidos culturalmente, no processo de desenvolvimento cognitivo.

O EPP traz como características:

- a) Inter e transdisciplinariedade;
- b) Abordagem de situações problema do cotidiano;
- c) Pluralismo metodológico;
- d) Avaliação não classificatória.

Essas características, anteriormente descritas, aplicadas ao contexto de ensino aprendizagem médico, têm o objetivo de permitir uma reflexão sobre a aplicação da Ciência e da Tecnologia, bem como suas inter-relações com a sociedade e ambiente, garantindo aos estudantes de medicina uma formação médica numa vertente humanística, além de científica e tecnológica, conferindo uma maior possibilidade de tomar decisões informadas, de agir responsavelmente e desenvolver atitudes e valores de acordo com uma ética de responsabilidade.

Tal abordagem articula-se com o movimento Ciência-Tecnologia-Sociedade-Ambiente (CTSA), que procura introduzir os estudantes num aspecto particular da Ciência, ou seja, no seu contexto social, através de várias abordagens (transdisciplinar- histórica- social- epistemológica- problemática). A abordagem problemática tem sido a mais utilizada, e é a utilizada também pela FAMEMA, pois aparentemente é a que mais aproxima a Ciência, a Tecnologia e a Sociedade, além de viabilizar abordagens de cunho multi e interdisciplinar, uma vez que a resolução de problemas exige o envolvimento de várias áreas do saber.

No currículo atual da FAMEMA reconhecemos características do EPP, como discorreremos a seguir:

Criada como instituto isolado de ensino superior, somente com o curso de Medicina, a FAMEMA teve, em 1967, autorizado seu funcionamento como instituição pública Municipal – Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FMESM) – entidade mantenedora da instituição.

Em 1994, com a estadualização pelo Governo do Estado de São Paulo, passou a Autarquia.

Nesse percurso, desde a sua criação até sua estadualização, a FAMEMA passou por diversas crises políticas, financeiras, administrativas e educacionais.



Até 1997, o modelo pedagógico era o tradicional, como das demais escolas médicas do país, assentado em um visão positivista do conhecimento científico.

Essas crises vividas pela instituição, desde sua criação até o final da década de 80, ocorreram paralelamente ao movimento mundial de mudança do modelo de formação de profissional de saúde norteado por diversas propostas de mudança.

Dentre as propostas de mudança que surgiram, o Informe Flexner, foi um dos primeiros a influenciar a formação médica no Brasil na década de 1940 (SILVA, 2000c), marcado por referenciais positivistas, ou seja, sólida formação em ciências básicas, disciplinar, ensino hospitalar centrado na atenção médica individual, entre outros. A partir daí, novas propostas surgiram contrapondo-se a esse modelo que já não se mostrava tão eficaz diante de necessidades sociais de atendimento em saúde.

Estas diversas propostas têm sido discutidas em conferências nacionais e internacionais organizadas pela Organização Mundial de Saúde.

No final da década de 80, a coordenação do Programa da Fundação W.K. Kellog para a América Latina e o Caribe apoiou uma série de estudos sobre o trabalho desenvolvido na formação de recursos humanos nas áreas de medicina, enfermagem, odontologia e administração hospitalar, com o intuito de identificar as prioridades na ações em saúde para a década de 90.

O mais difundido destes estudos foi o EMA (Educação Médica nas Américas) que envolveu a maioria dos países latino-americanos, promovido pela Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM).

O EMA analisou a articulação entre as escolas médicas com os serviços de saúde, concluindo que o ensino dos profissionais de saúde dava ênfase aos hospitais de ensino, e as enfermeiras, ênfase a pacientes mais graves do que aos de ambulatório, e com isso os estudantes não se defrontavam com a maioria dos problemas de saúde da população (SILVA, 2000c).

Frente a estas constatações e em acordo com outras iniciativas da Fundação Kellog nos Estados Unidos e África do Sul, teve início o Programa –



UNI: Uma Nova Iniciativa no campo da educação dos profissionais de Saúde a Comunidade, também com apoio da Fundação Kellog, com intuito de contribuir para a reorientação da formação profissional ao nível dos cursos de graduação, fortalecer a construção de Sistemas Locais de Saúde e promover o desenvolvimento comunitário em matéria de saúde (ALMEIDA, 1997).

Em 1991, a Fundação Kellog enviou uma carta-convite a 680 Faculdades de Medicina, de Enfermagem, de Odontologia, às Escolas de Saúde Pública e aos Cursos de Administração de Saúde da América Latina, para que os interessados enviassem projetos de ensino numa perspectiva Ciência & Sociedade, a fim de serem contempladas com recursos para o desenvolvimento destes projetos. Segundo Silva (2000c, p. 26):

O Programa UNI propôs como componentes fundamentais a Academia, o Serviço de Saúde e a Comunidade, num processo de parceria e de institucionalização das atividades desenvolvidas. O propósito do programa seria o desenvolvimento integrado de modelos inovadores na educação e atenção à saúde e o desenvolvimento de Lideranças. Novos modelos de ensino-aprendizagem para a formação de melhores profissionais de saúde, novos modelos de sistemas locais de saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada e novas lideranças que, com ênfase na ação comunitária, contribuíram para desenvolver, institucionalizar e difundir os modelos.

A FAMEMA foi uma das instituições que tiveram o projeto aprovado, iniciando então um processo de parceria com a Kellog para o desenvolvimento e implementação desse movimento de formação profissional inovador.

Este projeto envolveu a reformulação do projeto educacional da FAMEMA tendo como elemento norteador os Quatro Pilares da Educação proposto no relatório para a UNESCO, da Comissão Internacional sobre a educação para o Século XXI, de 1996 (DELORS et al., 2000), já citado anteriormente neste trabalho.

O novo currículo da FAMEMA começou a ser implementado em 1997 e tem como diretriz principal o desenvolvimento do profissional pautado pela ética, responsabilidade social, qualidades humanísticas e de excelência para o manejo do cuidado à saúde das pessoas, seus familiares e comunidade. Ou seja um

currículo que concebe a formação profissional articulada ao contexto social de trabalho, na medida em que valoriza o cuidado dos destinatários.

A organização curricular compreende unidades educacionais interdisciplinares, predominantemente baseadas em sistemas nas duas primeiras séries, seguidas por unidade baseadas em ciclos de vida e apresentações clínicas, respectivamente, na terceira e quarta séries e internato na quinta e sexta séries (ANEXO A).

O curso médico utiliza-se da aprendizagem baseada em problemas – ABP.

As unidades Educacionais constituem um núcleo fundamental do currículo com o intuito de integrar diversas disciplinas e articular os aspectos das dimensões psicológica, social e biológica envolvidos em determinada situação ou problema de saúde.

Os docentes responsáveis pelo ensino em cada unidade definem os objetivos de aprendizagem, os conteúdos, os problemas e recursos educacionais que possibilitam trabalhar os problemas ou situações de saúde em pequenos grupos de tutoria ou de interação comunitária.

Os problemas são definidos com base nos perfis demográficos e epidemiológicos e elaborados em função das unidades educacionais, com o objetivo de antecipar os problemas cotidianos da prática profissional, devendo traduzir uma situação desafiadora de aprendizagem.

Todas as unidades são avaliadas e essa avaliação norteia as mudanças para as unidades subseqüentes do programa e do ano seguinte. Além das unidades educacionais os estudantes participam de atividades de Interação Comunitária e habilidades profissionais que são também unidades educacionais desenvolvidas paralelamente com as atividades de tutoria durante todo o ano letivo.

A unidade educacional denominada “Interação Comunitária” desenvolve atividades de aprendizagem em parceria com a Secretaria Municipal da Higiene e Saúde de Marília e com a comunidade visando proporcionar um maior

comprometimento e entendimento da saúde da comunidade de Marília por parte dos estudantes.

Nesta unidade, cuja duração é de quatro anos (1ª a 4ª série), espera-se que os estudantes venham a conhecer os problemas de saúde da população com análise de perfis epidemiológicos e demográficos da área de abrangência e identificação da UBS, com base num novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na família, pautado na vigilância à saúde, com ênfase no trabalho em equipe, multiprofissional, e com ações intersetoriais (SILVA, 2000a).

Dentre os conteúdos implementados, enfatizam-se as políticas de saúde, o processo de saúde – doença, a relação entre os profissionais de saúde e a família, a comunicação interpessoal e em grupo, o diagnóstico de saúde da comunidade, avaliação do serviço de saúde entre outros necessários para a instrumentalização do estudante para o exercício de uma prática de saúde que enfatize a vigilância à saúde. As atividades desenvolvidas nesses 3 primeiros anos constituem-se em oficinas de trabalho nas UBS, visitas domiciliares, cadastros de famílias, conferências etc., em uma reunião semanal, durante os três primeiros anos letivos do curso.

Durante o 4º ano, na unidade de “Interação Comunitária” os estudantes ampliam suas atividades, carga horária, cenários de ensino-aprendizagem, e a participação com os profissionais da rede básica, passando o estudante a permanecer nas UBS e USF e desenvolvendo atividades de atendimento ambulatorial, atendimento domiciliar, atendimento em grupo, planejamento e organização do cuidado, vigilância de óbitos e internações hospitalares da área de abrangência. (SILVA, 2000b).

Durante esta unidade na 4ª série do curso, o estudante é avaliado e supervisionado pelo instrutor médico da unidade, de acordo com desempenhos pré-estabelecidos pelos docentes responsáveis pela Unidade.

A outra Unidade educacional que acontece paralelamente às tutorias, é a Unidade denominada “Habilidades Profissionais, Comunicação e Semiologia”, que acontece da 1ª a 3ª séries, tem como objetivo facilitar o desenvolvimento por parte do estudante de habilidades de comunicação com outros profissionais,

pacientes e seus familiares, e o desenvolvimento de habilidades de levantamento de informações junto ao paciente, realização de exame físico, raciocínio clínico e solução de problemas, habilidades essas que se espera que o estudante tenha adquirido até o final da 3ª série. Para tanto, os estudantes desenvolvem, desde a 1ª série, duas atividades por semana com o grupo de “comunicadores” (profissionais psicólogos e psiquiatras) e com o grupo de “semiologistas” (profissionais médicos de diversas especialidades).

Essas atividades acontecem no hospital e constituem-se na realização de entrevistas a pacientes e de exames físicos de pacientes, supervisionados pelos semiologistas. Além disso, desenvolvem atividades de treinamento no laboratório morfo-funcional, discutem temas, filmes etc .

Os estudantes são avaliados diariamente pelos professores comunicadores e semiologistas durante os estágios nas enfermarias, após desenvolverem estas atividades e após o término da unidade.

A avaliação final é realizada por meio de atividade prática simulativa de exame propedêutico (Mini-OSCE).

Na 4ª série, a Unidade de habilidades profissionais visa facilitar o desenvolvimento de habilidades cirúrgicas com ênfase em noções de técnica cirúrgica e atendimento de urgência ao paciente politraumatizado.

Nesta unidade, o estudante desenvolve atividades de cirurgia experimental em laboratório com técnicas cirúrgicas em animais e atividades de cirurgia ambulatorial em UBS e hospitais; participa também em atividades no laboratório morfo-funcional sobre o treinamento do atendimento do paciente politraumatizado com base nos princípios do ATLS (Advanced Traum Life Suport) (Caderno de Habilidades Profissionais HP4, 2001).

Assim como descrito acima, o currículo da FAMEMA está calcado em um ensino que valoriza a articulação entre Ciência e Sociedade, e utiliza estratégias favorecedoras de um Ensino por Pesquisa.

Tendo em vista esse currículo organizado de acordo com tais referenciais favorecedores de uma formação humanística, esperamos, como Docente que participa da formação médica nos dois últimos anos do curso (5º e 6º



anos – estágios práticos ou internato), que os estudantes iniciem o internato com concepções acerca do processo de saúde-doença que valorizem não só o aspecto científico da doença mas também os aspectos humanísticos e sociais envolvidos nesse processo, porém não temos observado uma mudança significativa nessa prática profissional e tornou-se importante o estudo das concepções de estudantes do quinto ano médico, com intuito de se conhecer a articulação desses diversos saberes e a prática médica, podendo assim programar estratégias educacionais que articulem melhor formação e ação, no sentido de se desenvolver uma prática médica de relevância social.

4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo trata da análise das concepções dos estudantes de medicina, acerca da prática médica necessária ao atendimento de pacientes portadores de hérnia inguinal.

Trata também, da análise de como esses estudantes utilizam suas concepções, acerca dessa prática, em situação de atendimento médico.

Tal análise visa conhecer os principais fatores que participam da articulação entre a formação médica e as situações de trabalho, no âmbito do estágio de Cirurgia Pediátrica no quinto ano médico da FAMEMA. Para isso, concebemos como situação de trabalho, a prática médica desenvolvida pelos estudantes de Medicina no estágio de Cirurgia Pediátrica, no caso, representada pelo atendimento a pacientes no ambulatório. E para efeito de estudo da formação inicial dos estudantes de Medicina, analisamos as concepções dos estudantes acerca do conhecimento médico que envolve os pacientes portadores de hérnia inguinal, em outras palavras, a análise das concepções dos estudantes teve o objetivo de conhecer os diversos saberes relacionados a essa patologia, que o profissional médico deve conhecer, para que tenha uma prática médica de relevância social, ou seja, o conhecimento científico relacionado à doença hérnia inguinal e o conhecimento acerca da comunicação necessária que o médico deve estabelecer com o paciente através da relação médico-paciente, para que seja possível a realização do diagnóstico e indicação do tratamento adequado.

A hérnia inguinal é uma patologia bastante freqüente, de desordem embriológica, resultante do não fechamento do conduto peritônio vaginal, estrutura localizada na região inguinal.

Este conduto, que surge por volta do 3º mês de gestação, é freqüentemente reabsorvido antes do término da gestação. Porém, pode permanecer aberto após o nascimento, favorecendo o aparecimento da hérnia inguinal (invaginação de conteúdo abdominal – alças intestinais, líquido peritônio-para dentro do conduto peritônio vaginal), o que resulta no abaulamento da região inguinal apresentando um “caroço de fruta”.

O diagnóstico dessa patologia é clínico, através da história clínica elaborada pelo médico a partir de informações por parte do paciente ou responsável, e através do exame físico, não se justificando outros métodos diagnósticos tais como Ultra-som e RX.

Apesar deste diagnóstico ser possível sem uso de tecnologia, nem sempre é realizado com sucesso, o que pode resultar em morbidade ou até mesmo mortalidade para o paciente.

O médico pode realizar o diagnóstico equivocado de patologias tais como hidrocele, criptorquidia e adenomegalia inguinal como sendo o de hérnia inguinal, pois tais patologias se manifestam de maneira muito semelhante à hérnia inguinal.

Sendo assim, o médico deve levantar dados junto ao paciente de maneira cuidadosa e realizar, da mesma forma, o exame clínico no sentido de diferenciá-las devidamente.

Essa diferenciação é importante para o devido esclarecimento aos familiares do paciente e encaminhamento correto para o especialista.

Quando se realiza o diagnóstico da hérnia inguinal, o encaminhamento do paciente ao especialista se faz necessário, e deve ser realizado o mais rápido possível devido ao risco de encarceramento da alça intestinal, o que não acontece no caso da hidrocele (descida de líquido da cavidade abdominal para dentro do conduto peritônio-vaginal, o que resulta no abaulamento escrotal).

Entende-se por encarceramento, a entrada de uma alça intestinal para o interior do conduto peritônio vaginal (saco herniário) e o não retorno espontâneo da mesma para o interior da cavidade abdominal, resultando numa isquemia da alça que poderá resultar em perfuração da alça intestinal, uma situação muito grave com alto risco de morte.

O ensino e a aprendizagem deste tema específico, a hérnia inguinal, permite, portanto, conscientizar os estudantes a respeito da importância da relação médico-paciente necessária à elaboração de hipóteses diagnósticas, diferenciação entre doenças cujos sintomas clínicos podem mimetizar a hérnia inguinal e ao encaminhamento do paciente para a cirurgia de forma equivocada,

pois trata-se de uma doença cujo diagnóstico é clínico, sendo necessário que o estudante tenha uma relação médico paciente adequada para o levantamento de dados junto ao paciente e realização do exame físico. Por outras palavras, pode favorecer a consciência dos estudantes quanto ao envolvimento de fatores humanos na determinação do diagnóstico e encaminhamento do paciente.

A escolha de pacientes portadores de Hérnia inguinal, como destinatários da prática médica em formação dos estudantes estagiários, reside, portanto, em primeiro lugar, na sua relevância para a formação de médicos críticos e reflexivos, pois constitui uma patologia muito freqüente em crianças, conforme nos mostra a demanda de atendimento de pacientes portadores desta patologia no ambulatório da Faculdade de Medicina de Marília e a literatura mundial².

Em segundo lugar, o ensino-aprendizagem que envolve pacientes portadores de hérnia inguinal, permite uma boa reflexão sobre aspectos da construção de competências da prática médica. Ou seja, representa um problema de natureza biológica mas que para ser diagnosticado exige que o médico se comunique com o paciente ou com o seu responsável de forma adequada, realize o exame físico para então formular a hipótese diagnóstica de forma correta, levantando assim os possíveis diagnósticos diferenciais frente a suspeita ou confirmação do diagnóstico, esclarecendo ao paciente a indicação do tratamento adequado.

De forma resumida, o atendimento de pacientes com hérnia inguinal no âmbito de formação médica, constitui uma situação de trabalho que exige a articulação entre formação e contexto de trabalho, ou seja, a compreensão por parte do estudante, do caráter humano do conhecimento científico, exigindo competências também humanísticas para a sua aplicação social de forma consciente e responsável.

² Incidência da doença hérnia inguinal: Dados levantados na secção de prontuários da FAMEMA mostram que no ano de 2001 foram atendidos 85 pacientes portadores de hérnia inguinal e, em 2002, foram atendidos 66 pacientes. A literatura mundial relata uma incidência desta patologia que varia entre 0.8% a 4.4% nos recém-nascidos 'de termo' e de 30% dos recém-nascidos prematuros (LLOYD; RINTALA, 1998).

Tendo como pressuposto a concepção de formação que valoriza a articulação entre a formação profissional e o contexto de trabalho, nos propomos nesse estudo a analisar as concepções dos estudantes do quinto ano acerca dos saberes científicos e o contexto de trabalho que subjazem a prática médica, objetivando o conhecimento dos principais fatores envolvidos nesta articulação, podendo assim planejar a utilização de estratégias educacionais mais inovadoras que façam da prática médica, objeto de reflexão e investigação tanto do formador como do formando, no curso de Medicina.



5 MÉTODO

A seguir apresentaremos as características dos sujeitos, o contexto da pesquisa, os procedimentos para coleta de informações e, finalmente, o tratamento e análise dos dados.

5.1 Os sujeitos e o contexto da pesquisa

Os sujeitos, neste estudo, foram 33 estudantes do quinto ano médico da Faculdade de Medicina de Marília, estagiários da Disciplina de Cirurgia Pediátrica, sendo 14 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, com idade entre 22 e 26 anos.

O estágio na disciplina de Cirurgia Pediátrica da FAMEMA, oferecido no quinto ano do curso médico, compreendeu um período de trinta dias, nos quais os estudantes participaram da rotina assistencial da disciplina, que se dividiu em atividades de atendimento ambulatorial e de enfermaria.

Na enfermaria, cada estudante foi responsável pelo acompanhamento da evolução clínica dos pacientes, prescrição e participação na cirurgia de pacientes internados.

Além da atividade de enfermaria, os estudantes participaram dos atendimentos ambulatoriais que aconteceram três vezes por semana, nos quais atenderam em média dois a três pacientes por dia. Esses pacientes foram atendidos pelos estudantes que, logo após, discutiam com o professor responsável, o diagnóstico e o tratamento do paciente.

Parte do estudo foi realizado durante as atividades de atendimento ambulatorial, momento em que foram filmados dois atendimentos de pacientes com hérnia inguinal. A outra parte do estudo compreendeu o levantamento das concepções dos estudantes acerca da prática médica, em torno da doença hérnia inguinal, por meio da aplicação de um questionário.



5.2 Cuidados e procedimentos iniciais

Seguindo as determinações da Resolução CNS 190/96 de pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, foi elaborado um termo de consentimento esclarecido (Apêndice A, B, C) nos quais foram garantidos:

- a. O anonimato: os sujeitos envolvidos tiveram o direito de não se identificarem, a não ser que o quisessem fazer. Foi explicado que o objetivo principal era a obtenção de dados e não a avaliação dos sujeitos enquanto representantes de um caso. Foi garantido que o anonimato seria mantido, usando-se letras e números no texto integral do trabalho para personificar as verbalizações.
- b. A privacidade: os participantes tiveram o direito de não participar se não fosse do seu interesse.
- c. A confidencialidade: Garantiu-se a confidencialidade do acesso aos dados.

O termo de consentimento foi explicado aos estudantes antes da aplicação do questionário e antes da filmagem das situações dos atendimentos; bem como aos pais ou responsável pelos dois pacientes que participaram das filmagens do atendimento. Além dos termos de consentimento, os nomes dos pacientes e responsáveis, assim como das cidades citadas nas entrevistas, foram trocados com o intuito de não favorecer a identificação dos pacientes.

O projeto de pesquisa e o termo de consentimento foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília e foram aprovados sem restrições, conforme Ofício 084/02 (Apêndice D).



5.3 Procedimentos para coleta de informações

Como mencionado anteriormente, as informações foram coletadas por meio de um questionário e por meio de duas filmagens de situações de prática médica.

5.3.1 Elaboração e aplicação do questionário

O objetivo do questionário foi o de identificar as concepções dos estudantes acerca da prática médica na assistência aos doentes portadores de hérnia inguinal.

Constaram deste questionário 23 questões abertas (Apêndice E). Essas questões abordavam três conjuntos de informações:

- a) *Informações científicas* acerca da doença hérnia inguinal, ou seja, sua fisiopatologia, etiologia, diagnóstico e tratamento, conhecimento esse necessário para o médico formular a hipótese diagnóstica e indicar a terapêutica adequada;
- b) *Informações relacionadas à relação médico-paciente* necessárias à realização de uma entrevista médica adequada, para a formulação da hipótese diagnóstica para que a comunicação estabelecida entre o médico e o paciente, favoreça entre outros aspectos a adesão ao tratamento;
- c) *Informações acerca do papel social do médico* na conduta médica, no tratamento e enquanto participante da manutenção e prevenção da saúde do paciente portador de hérnia inguinal em Marília.

Para a adequação do questionário investigativo das concepções dos estudantes acerca da prática médica, apresentamos o instrumento a quatro médicos Pediatras clínicos e 2 médicos cirurgiões pediátricos. Solicitamos a esses

profissionais que lessem o questionário e avaliassem, por escrito, se as questões propostas eram adequadas para análise das concepções dos estudantes acerca dos aspectos científicos, da comunicação e do papel social do médico em torno da doença hérnia inguinal.

Preocupamo-nos em realizar esta avaliação do instrumento (questionário) entre profissionais que atuavam na área de pediatria, tanto na parte clínica como cirúrgica. Esses profissionais também atuavam como docentes.

Os médicos pediatras da área clínica, que avaliaram o instrumento, eram os responsáveis pelo encaminhamento da grande maioria dos pacientes portadores de hérnia inguinal para o ambulatório de Cirurgia Pediátrica da Faculdade de Medicina de Marília.

Os médicos, que atuavam na área cirúrgica, eram os que recebiam as crianças encaminhadas com o diagnóstico prévio de hérnia inguinal no ambulatório de Cirurgia Pediátrica da FAMEMA. Eram os responsáveis por confirmar o diagnóstico e indicar tratamento cirúrgico.

Os seis profissionais analisaram como adequadas as questões para os objetivos propostos pelo questionário.

Após a adequação do instrumento, o próximo passo foi a aplicação do questionário.

O questionário foi aplicado no período de agosto de 2002 a março de 2003, nos grupos de estudantes que realizaram o estágio em Cirurgia Pediátrica. Responderam ao questionário cinco grupos, compostos por no mínimo cinco e no máximo oito estudantes.

Não foi estabelecido nenhum critério de escolha dos grupos, sendo proposta aleatoriamente a aplicação do questionário. Ressaltamos que a maioria dos grupos relutava em participar do estudo, alegando não estarem dispostos a responder aos questionários.

O questionário foi aplicado somente quando o estudante concordava e assinava o termo de consentimento. Essa aplicação ocorreu no primeiro dia do

estágio de cada grupo. Do total de 80 estudantes, 33 responderam ao questionário.

O questionário foi respondido numa sala situada na Enfermaria de Pediatria do Hospital Materno Infantil, sala que é utilizada pelos docentes para discussões e reuniões com estudantes e docentes. A aplicação do questionário aconteceu com a presença da pesquisadora, sem a permissão de consultas a qualquer tipo de referência.

5.3.2 Filmagem das duas situações de prática médica

As duas situações de atendimento foram filmadas no ambulatório de Cirurgia Pediátrica do Hospital Materno Infantil. Não houve critério para a escolha do estudantes que participariam das filmagens. Os atendimentos tiveram duração de 20 minutos, em média, e constaram da entrevista médica e realização do exame físico.

A filmagem foi realizada pelo técnico do setor de Documentação Científica da FAMEMA, sendo necessária a sua presença na sala durante todo o procedimento. A pesquisadora não permaneceu na sala durante toda a filmagem.

Danna e Matos (1986) consideram como sistemática, toda observação planejada e conduzida em função de um objetivo previamente estabelecido.

Vários autores têm relatado o uso da filmagem como um recurso técnico para o registro da observação. Os autores salientam que a filmagem permite o registro fiel de acontecimento e situações, o que possibilita a re-leitura das informações (CRUZ NETO, 1999; DESSEN, 1995; FUJISAWA, 2003).

No presente estudo, utilizamos a observação sistemática por meio da filmagem, de duas situações de atendimento ambulatorial com o intuito de descrever as circunstâncias relacionadas à relação médico paciente, ou seja, a comunicação entre o estudante, o paciente e a mãe, tendo em vista fatores afetivos, psicológicos e sociais durante a entrevista médica que podem influenciar a prática médica.



Segundo Cunha (1976) e Fagundes (1982), as circunstâncias e os contextos envolvidos devem ser descritos, com a finalidade de verificar a relação causal com o fenômeno em questão, que no caso do estudo é o exercício da prática médica.

A relação médico-paciente foi escolhida como objeto de análise por meio da observação sistemática, pois acreditamos que é de fundamental importância para a construção da hipótese diagnóstica e conseqüentemente fundamental na realização do correto diagnóstico e tratamento, ações essas que, em última análise, configuram a prática médica. Em outras palavras, a relação médico-paciente constitui o meio de articulação entre a teoria e prática, ou seja, não basta ao médico o conhecimento científico acerca da doença, é necessário que ele seja capaz de se relacionar com o paciente para a aquisição das informações acerca de sua doença, seja através da anamnese, seja através do exame físico e, assim, conceber o diagnóstico.

Dentre os pacientes encaminhados para o atendimento no ambulatório de Cirurgia Pediátrica, foram escolhidos dois pacientes cujas patologias pudessem ilustrar a complexidade do processo saúde-doença, fornecendo, assim, subsídios para uma discussão crítica sobre a prática médica e a aquisição das competências exigidas para o profissional de saúde do futuro.

Dentre essas competências, é necessário uma visão ampliada do processo de saúde-doença que inclua não somente a dimensão biológica da doença, mas, também, a dimensão psico-social.

Nesse sentido, é necessária uma análise da contextualização social da doença do paciente. Lembrando a célebre frase, muito comum entre os médicos: "cada caso é um caso". Apesar de muitas vezes termos um mesmo diagnóstico, cada paciente necessita uma abordagem diferente, porque, na realidade, são diferentes, têm experiências diferentes e vivem em contextos diferentes. Assim, na escolha dos casos para efeito deste estudo, nos preocupamos em escolher pacientes que apresentassem contextos sociais diferentes, na expectativa de exaltarmos a singularidade de cada um deles e favorecer a reflexão dos estudantes acerca da relação de tais singularidades e aspectos da prática médica.

Os pacientes escolhidos foram encaminhados pela rede básica de saúde com uma mesma suspeita diagnóstica - a de hérnia inguinal. Porém, eram portadores de doenças consideradas como diagnóstico diferenciais de hérnia inguinal, ou seja, apresentavam sinais e sintomas muito parecidos com os de hérnia, porém não se tratava de pacientes portadores de hérnia inguinal. Acreditamos que essa última característica dos pacientes escolhidos (apresentar como doença um diagnóstico diferencial de hérnia inguinal) poderia nos fornecer subsídios para que fosse discutido e refletido como alcançar mais uma das competências exigidas para os profissionais de saúde, que é a de estar atento para o conhecimento da doença à luz de referenciais teóricos científicos, sem se deixar influenciar pelo diagnóstico realizado pelo profissional que encaminhou o paciente.

Além desse aspecto, de não se influenciar por diagnósticos pré-realizados, o estudante em formação ainda vive a questão da hierarquização e da validade do conhecimento, ou seja, deverá desenvolver ainda a competência de não se influenciar com o diagnóstico prévio realizado por um outro profissional que teoricamente tem mais experiência e, portanto, se espera que este tenha mais conhecimento acerca da doença e da prática médica, deverá o estudante desenvolver a prática de formulação do diagnóstico partindo da informação do paciente à luz de referenciais teóricos científicos e não à luz de diagnósticos realizados por profissionais que "teoricamente" deveriam ter mais experiência e prática do que o estudante.

Caracterizaremos a seguir as duas situações de atendimento escolhidas para o registro:

Situação de Atendimento 1

Tratava-se de uma paciente com cinco anos de idade, encaminhada pela Rede Básica de Saúde, com diagnóstico de hérnia inguinal. Essa paciente, além da suspeita de hérnia inguinal, apresentava atraso importante do desenvolvimento neuropsicomotor (não andava, não falava, não apresentava

controle miccional e intestinal), decorrente de patologia congênita – mielomenigocele³.

Associada a mielomengocele apresentava hidrocefalia, já corrigida com derivação ventrículo-peritoneal, que provavelmente foi o fator predisponente para o abaulamento inguinal, motivo pelo qual foi encaminhada com o diagnóstico de hérnia inguinal

A queixa era que a criança há, mais ou menos, dois meses, apresentava episódios constantes de aumento da região inguinal direita, sem relação com esforços e sem sinais flogísticos locais.

Situação de Atendimento 2

Tratava-se de um paciente com três anos de idade, gemelar, também encaminhado da Rede Básica de Saúde com diagnóstico de hérnia inguinal. Apresentava aumento progressivo da região escrotal direita, principalmente no final da tarde. Esse abaulamento não se mostrava acompanhado de dor ou alterações inflamatórias locais.

O paciente, em questão, estava no seu segundo atendimento no ambulatório de Cirurgia Pediátrica.

³ A mielomeningocele é uma doença congênita na qual não ocorre fechamento das lamina ósseas da coluna vertebral estando a medula espinal exposta, o que acarreta lesões nervosas de graus variáveis, esses paciente apresentam então graus diferentes de acometimento dos órgãos como a bexiga, intestinos e membros inferiores, não apresentando muitas vezes controle urinário, intestinal, assim como déficit na marcha, sendo necessário o uso de fraldas por toda a vida. Necessitam de tratamento multiprofissional com apoio fisioterápico, psicológico e fonoaudiológico além do médico. Frequentemente o portador de mielomeningocele apresenta associado Hidrocefalia (dilatação dos ventrículos cerebrais), devido a drenagem inadequada de líquor decorrente do defeito na coluna lombossacra o que torna necessário nesses casos a utilização de uma válvula de drenagem que inserida no ventrículo cerebral drena esse líquido acumulado para a região intra-abdominal (drenagem ventrículo – peritoneal), com isso a cavidade peritoneal permanece constantemente com uma maior quantidade de líquido, pois além do líquido peritoneal que possuímos normalmente, também recebe constantemente o líquido drenado do ventrículo cerebral, constituindo um fator predisponente para o aparecimento do abaulamento inguinal (hérnia inguinal, cisto Nuck, hidrocele), o que justifica nesses pacientes, a observação rigorosa e de rotina da região inguinal, pelo pediatra, com o intuito do diagnóstico precoce dessas patologias (VELHOTE, 1998).

No primeiro atendimento já havia sido constatado que não apresentava hérnia inguinal e sim hidrocele⁴. O pai, que o acompanhava, havia sido operado de hidrocele há mais ou menos 25 dias.

5.4 Procedimentos para análise dos dados

Os dados coletados, tanto por meio de questionário como por meio de filmagens, foram agrupados por categorias.

5.4.1. Elaboração de categorias para análise do questionário

A análise das respostas ao questionário foi composta por três grupos de categorias de análise e cada um dos grupos encerrou subcategorias:

a) Concepções Científicas

Referem-se às concepções dos estudantes sobre a doença hérnia inguinal e sobre os sintomas. São consideradas necessárias para que o estudante formule hipóteses diagnósticas, o diagnóstico propriamente dito, e o tratamento dessa doença através da anamnese e do exame clínico. Neste primeiro grupo as respostas foram agrupadas em sete subcategorias:

a1) Conceito;

⁴ A hidrocele constitui uma doença que se manifesta por aumento do volume escrotal, esse aumento de volume é devido ao acúmulo de líquido no escroto. Esse líquido na criança, é originário da cavidade intrabdominal e alcança o escroto através de uma comunicação entre a cavidade peritoneal, região inguinal e escroto que é possibilitada pela patência de um conduto, denominado peritônio vaginal, que normalmente se fecha antes do bebê nascer, quando não ocorre esse fechamento o conduto, aberto, permite a passagem de líquido da cavidade peritoneal para a região inguinal e escrotal. Diferentemente da criança, o adulto que apresenta hidrocele não apresenta a comunicação entre, a cavidade abdominal e escroto, o líquido acumulado não é originário da cavidade peritoneal e sim, resulta de um desequilíbrio na função de uma das membranas que envolvem o escroto, a túnica vaginal. Na criança, a hidrocele é diagnóstico diferencial da hérnia inguinal pois apresentam sintomas clínicos parecidos e a mesma fisiopatologia, persistência do conduto peritônio-vaginal (VELHOTE, 1998)

- a2) Etiologia;
- a3) Descrição adequada da manifestação clínica;
- a4) Descrição adequada do exame físico necessário ao diagnóstico da doença hérnia inguinal;
- a5) Doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial da hérnia inguinal;
- a6) Realização de maneira adequada do diagnóstico diferencial da hérnia inguinal;
- a7) Indica adequadamente o tratamento da doença hérnia inguinal.

b) Concepções dos estudantes acerca de fatores inerentes à relação médico-paciente

Esta categoria refere-se às concepções que devem ser do conhecimento do médico para que ele possa realizar a coleta de informações sobre os sintomas e manifestações da doença e realizar o diagnóstico e a indicação do tratamento, favorecendo a adesão do paciente a terapêutica adotada. Nesse segundo grupo, as respostas foram agrupadas de acordo com três subcategorias:

- b1) Concepções dos estudantes acerca da linguagem médica como importante fator favorecedor da relação médico-paciente;
- b2) Concepções dos estudantes acerca do adequado esclarecimento que o médico necessita dar ao paciente sobre o que está acontecendo com ele, como fator favorecedor da adesão ao tratamento e recuperação do paciente;
- b3) Concepções acerca da maneira adequada de informar o paciente sobre a sua doença, considerando seu nível sócio-econômico-cultural.

c) Concepções dos estudantes acerca de seu papel social

São as concepções do estudante acerca do seu papel social na conduta médica, no tratamento e enquanto profissional de saúde, participante da manutenção e prevenção da saúde do paciente portador de hérnia inguinal. Neste grupo, as respostas foram agrupadas em três subcategorias:

c1) dimensão social da conduta médica

Refere-se às concepções dos estudantes acerca da conduta adequada no que diz respeito ao pronto encaminhamento do paciente para o especialista e esclarecimento acerca do encarceramento da hérnia inguinal, quando a hipótese de hérnia inguinal é formulada na UBS ou no pronto atendimento;

c2) Dimensão social no tratamento da doença hérnia inguinal

Refere-se às concepções dos estudantes acerca do adequado papel social do médico após o diagnóstico ou no pós-operatório, frente a pacientes de classes sociais desfavorecidas e favorecidas, portadores de hérnia inguinal; ou seja, a averiguação das condições sócio-econômicas e culturais do paciente necessárias para a realização da cirurgia e dos cuidados de pós-operatórios, assim como o favorecimento de ações sociais que possam permitir a realização do tratamento e reintegração do paciente ao seu contexto social;

c3) Concepções dos estudantes acerca do conhecimento da realidade social do estado de saúde do paciente, no que diz respeito à manutenção e cura da doença dos pacientes portadores de hérnia inguinal, de classes sociais favorecidas e desfavorecidas de Marília, e as principais justificativas desta procura (cura/prevenção).

5.4.2 Elaboração de categorias para análise da filmagem

A análise da observação sistemática das duas situações de atendimento também encerrou três categorias de análise cujo foco principal foi a relação estabelecida entre o estudante e o paciente.

Essas categorias de análise foram elaboradas tendo como base as técnicas de entrevistar descritas por Tähkä (1988) e na concepção de relação médico-paciente descrita anteriormente.

a) Atitudes dos estudantes que favoreceram o estabelecimento de um relacionamento médico-paciente adequado



Nesse grupo a categoria foi dividida em duas subcategorias:

- a1) *Atitude amistosa* que demonstrasse interesse pelo paciente
- a2) *Tato*: refere-se a cuidados que o médico deveria tomar no intuito de impedir atos ou palavras que possam humilhar ou ofender o paciente.

b) Como o médico conduz a realização da entrevista

Refere-se à forma como o médico conduz a entrevista para a coleta das informações necessárias ao diagnóstico. Nesse grupo, a categoria foi dividida em três subcategorias:

- b1) Incentivo à narrativa espontânea do paciente acerca de seus sintomas através do uso de perguntas o mais abertas possíveis, evitando perguntas específicas que podem suprimir informações;
- b2) Linguagem utilizada pelo estudante que deve ser clara, cotidiana e adequada ao nível sócio-cultural do paciente;
- b3) valorização das dimensões bio-psico-sociais na entrevista

Refere-se ao que o estudante valorizou na entrevista para a construção da hipótese diagnóstica, fatores bio-psico-sociais investigados na coleta de informações da doença atual, estado anterior de saúde do paciente e mapeamento psico-social.

c) Atitudes do estudante durante a realização do exame físico

As atitudes analisadas incluíram:

- c1) Os cuidados com o conforto do paciente: a limpeza das mãos do médico, a delicadeza ao tocar o paciente, principalmente as crianças, realização do exame físico na presença da mãe, no caso das crianças,
- c2) Atitudes favorecedoras da redução das reações de medo e ansiedade do paciente durante o exame físico, por exemplo, a explicação, de maneira clara, ao paciente de como será o exame, manuseando o corpo de maneira segura, evitando gestos e expressões desagradáveis.

5.2 As duas situações de atendimento foram transcritas e analisadas tendo como referencial as categorias acima descritas.



6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divididos e apresentados em duas seções: 1) apresentação e discussão das respostas ao questionário e 2) apresentação e discussão das análises sobre as filmagens.

6.1. Apresentação e discussão das respostas ao questionário

Todas as repostas foram analisadas e agrupadas em gráficos de acordo com os grupos de categorias descritos previamente.

6.1.1 Concepções científicas

Foram identificadas e analisadas as concepções dos estudantes sobre a doença hérnia inguinal e seus sintomas, que são necessárias para que o estudante formule hipóteses diagnósticas, o diagnóstico propriamente dito e indique o tratamento mais adequado, através da anamnese e do exame clínico.

Conceito e etiologia da doença hérnia inguinal

A análise das respostas, nos permite inferir que a maioria dos estudantes tinham um conceito inadequado sobre a definição da hérnia inguinal. A maioria deles relacionou a definição da hérnia inguinal com aspectos da etiopatogenia conforme ilustra a resposta representativa abaixo:

"Hérnia direta: defeito na fáscia transversalis e indireta na reflexão peritoneo-vaginal (persistência do canal inguinal) hérnia inguinal é uma profusão do conteúdo intestinal (alças), epiplon, por uma falha, defeito na formação da reflexão peritoneo-vaginal ou da fáscia transversallis".

Quando analisamos a subcategoria etiologia, observamos que sete estudantes relacionaram a etiologia da hérnia inguinal, de maneira adequada,

com a patência do conduto peritônio vaginal, como ilustra a resposta representativa:

"A etiologia é devida a reabsorção incompleta do conduto peritoneo-vaginal permitindo deslizamento do conteúdo abdominal pelo canal inguinal".

Os demais 23 estudantes relacionaram erroneamente a etiologia com fatores anatômicos como ilustra a resposta abaixo:

"Falha na formação ou mesmo das estruturas que sustentam as vísceras".

Salientamos ainda, na análise das subcategorias conceito e etiologia, que as respostas adequadas e inadequadas enfatizaram os aspectos biológicos e estruturais da doença hérnia inguinal; na subcategoria conceito, a maioria dos estudantes (33) relacionou o conceito de hérnia inguinal, erroneamente, com aspectos biológicos da doença, que dizem respeito a etiologia e não ao conceito de hérnia. Na análise da subcategoria etiologia, a maioria dos estudantes relacionou de maneira adequada o conceito de etiologia com fatores estruturais da doença.

O conceito da hérnia inguinal deveria ter sido relacionado principalmente com os sintomas da hérnia inguinal, ou seja, o abaulamento na região inguinal, conceito que advém de dados clínicos de observação ou de relato do paciente, porém foi relacionado com dados referentes a etiologia que são dados baseados em referenciais científicos e biológicos. De tal observação, inferimos a ênfase dos estudantes aos referenciais biológicos da doença.

Descrição da manifestação clínica da doença hérnia inguinal

Na análise desta subcategoria, a maioria dos estudantes (26) mostrou ter conhecimento do principal sintoma da hérnia inguinal, que é o abaulamento da região inguinal aos esforços, como mostra a resposta representativa a seguir:

“A hérnia inguinal se manifesta com o abaulamento na região inguinal principalmente aos esforços”.

Mesmo tendo concepções adequadas a respeito da apresentação clínica da hérnia inguinal, a maioria dos estudantes não conceituou adequadamente a doença, como foi mostrado na análise da primeira subcategoria, o que reforça a inferência de que os estudantes valorizaram aspectos estruturais da doença hérnia inguinal.

Exame físico necessário ao diagnóstico de hérnia inguinal

Na análise desta subcategoria, observamos que a maioria dos estudantes (25) descreveu adequadamente o exame necessário ao diagnóstico da hérnia inguinal, fazendo menção principalmente da manobra de Valsalva, manobra favorecedora do abaulamento inguinal devido ao aumento da pressão intrabdominal. A resposta representativa descrita a seguir ilustra tal análise:

“O exame físico necessário ao diagnóstico da hérnia inguinal utiliza manobras que produzem aumento da pressão abdominal como a manobra de Valsalva”

A valorização da manobra de Valsalva no diagnóstico da hérnia inguinal está de acordo com a descrição das manifestações clínicas analisadas na subcategoria anterior, que valorizaram como sinal clínico importante, o abaulamento inguinal.

Nenhum estudante mencionou como dado propedêutico a pesquisa do Sinal da “Seda”, ou seja, a sensação de espessamento tecidual à palpação digital do canal inguinal provavelmente pela não correlação clínica deste sinal com sintomas clínicos, e também, pelo não conhecimento de tal dado propedêutico.

Doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial da hérnia inguinal

Na análise dessa subcategoria, obtivemos como resultados os dados apresentados na tabela abaixo:

Tabela 1 - Doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial da hérnia inguinal

Catego rias	Hidrocele		Distopias testiculares		Adenite		Cisto de Cordão		Doença Testiculares		Outras Doenças		Não Respondeu	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doença	6	18	16	48	6	18,18	9	3,03	3	9	12	39,39	12	39,39

As doenças que mais foram consideradas como diagnóstico diferencial da hérnia inguinal foram as distopias testiculares e o cisto de cordão, essas doenças têm como fator comum, com a hérnia inguinal, o abaulamento inguinal, o que nos faz inferir que os estudantes valorizaram dados clínicos (abaulamento inguinal) como fator influenciador na realização do diagnóstico diferencial. Além disso, tal inferência pode ser reforçada pelo fato da patologia hidrocele, que é um dos principais diagnósticos diferenciais, não ser relatada pela maioria dos estudantes. A hidrocele tem em comum com a hérnia inguinal a patência do conduto peritoneo-vaginal (VELHOTE, 1988), dado estrutural e não clínico, constituindo o principal diagnóstico diferencial da hérnia inguinal, por apresentarem a mesma fisiopatologia, dado que provavelmente não foi valorizado pelos estudantes ao elegerem as doenças que são diagnóstico diferencial. Diferentemente da análise subcategoria conceito de hérnia inguinal, na análise da subcategoria em questão (diagnóstico diferencial), o estudante parece não ter se baseado em referenciais estruturais da doença e sim clínicos.

Diagnóstico diferencial da hérnia inguinal

Esta subcategoria se refere ao modo pelo qual o médico realiza o diagnóstico diferencial da hérnia inguinal, ou seja, quais os subsídios que devem ser utilizados pelo médico para realização de tal diagnóstico (dados clínicos, de exame físico, exames complementares).

A análise das respostas de acordo com esta subcategoria permite inferir que grande parte dos estudantes, (15), valorizou adequadamente referenciais clínicos (história e exame físico) para a realização do diagnóstico diferencial, estando de acordo com os referenciais, também clínicos, utilizados para a eleição de doenças, que são necessários para o diagnóstico diferencial da hérnia inguinal, como pudemos observar na análise da subcategoria anterior. A resposta representativa descrita a seguir ilustra essa observação:

"O diagnóstico diferencial é clínico não necessitando e não havendo exames complementares para auxiliar o diagnóstico".

Três estudantes valorizaram, erroneamente, a utilização de exames complementares, para a realização do diagnóstico diferencial conforme ilustra a resposta abaixo:

"Pode se realizar um Raio X de abdome para localizar o local do acometimento, enema opaco."

Tratamento da doença hérnia inguinal

Mais da metade dos estudantes (19), mostrou ter o conhecimento de que o tratamento da hérnia inguinal é cirúrgico, conforme ilustra a resposta transcrita abaixo:

"Discutir com a família a necessidade de cirurgia e realizá-la assim que possível".



Os resultados da análise do primeiro grupo de categorias (concepções científicas a respeito da hérnia inguinal) foram relacionados no gráfico a seguir:

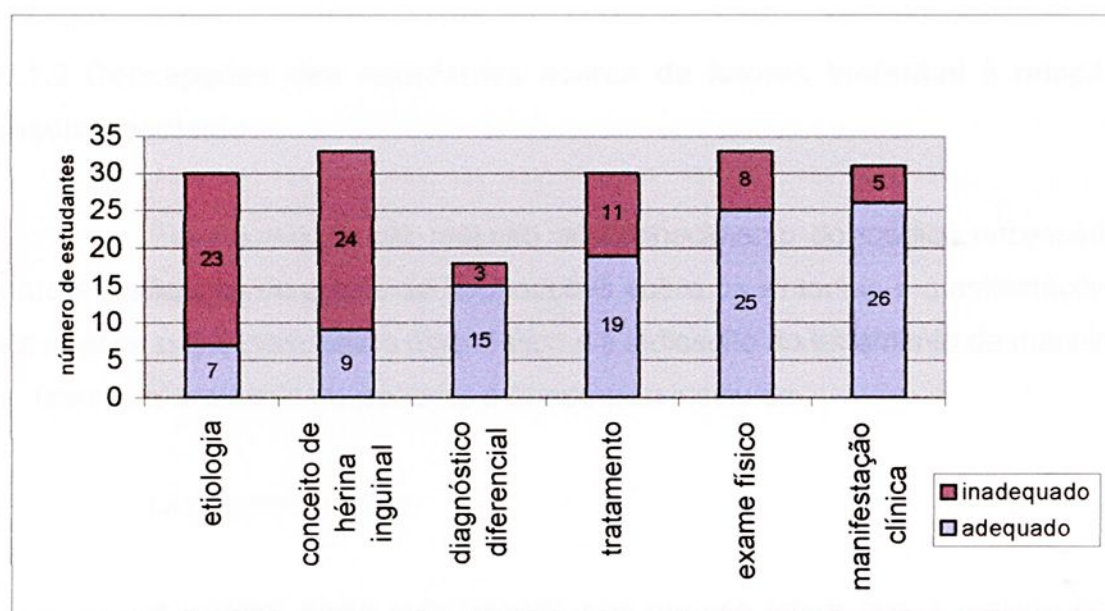


Figura 1 - Concepções científicas sobre a doença hérnia inguinal.

Como representado no gráfico, a análise das respostas nos permite inferir que os estudantes, que participaram do estudo, iniciaram o estágio na Disciplina de Cirurgia Pediátrica com concepções inadequadas acerca da hérnia inguinal, ou seja, com ênfase em aspectos estruturais e não clínicos. Para a realização do diagnóstico e do diagnóstico diferencial, a maioria dos estudantes valorizou dados clínicos oriundos da entrevista médica e exame físico, demonstrando ter concepções adequadas, como representado no gráfico. Na indicação do tratamento, mais da metade dos estudantes indicou corretamente o tratamento cirúrgico, o que também demonstra concepções adequadas em relação a esta subcategoria, como representado no gráfico.

A análise das concepções científicas dos estudantes a respeito da hérnia inguinal nos permite inferir portanto, que a maioria dos estudantes chegou

ao estágio com concepções científicas, sobre esta doença, adequadas, a não ser pela ênfase dada aos aspectos estruturais na conceituação da doença. Entretanto, quando o estudante responde sobre a manifestação clínica da doença, mostra ter o conhecimento acerca de aspectos clínicos e não só estruturais que envolvem a hérnia inguinal.

6.1.2 Concepções dos estudantes acerca de fatores inerentes à relação médico-paciente

Essa categoria diz respeito ao conhecimento do médico necessário para a realização da coleta de informações sobre os sintomas e manifestações da doença o que permitiria o diagnóstico e a indicação do tratamento de maneira a favorecer a adesão do paciente à terapêutica instituída.

Linguagem médica

A análise desta subcategoria nos permite inferir que a maioria dos estudantes valorizou a linguagem como fator importante no favorecimento de uma relação médico-paciente adequada, como ilustra a resposta representativa transcrita abaixo:

"Sim, termos médicos podem dificultar a compreensão e determinar um distanciamento médico-paciente"

Todos os estudantes, que valorizaram a linguagem como fator favorecedor da relação médico-paciente, salientaram a questão do uso de termos técnicos e científicos na linguagem, como fator não favorecedor da comunicação entre o médico a família e ou o paciente.

Esclarecimento fornecido ao paciente

Esta subcategoria refere –se às concepções dos estudantes acerca do adequado esclarecimento que o médico necessita dar ao paciente sobre o que está acontecendo com ele como fator favorecedor da adesão ao tratamento e recuperação do paciente.

Na análise desta subcategoria, metade dos estudantes reconheceram que a maneira como o médico explica o que está acontecendo com o paciente pode ser um fator favorecedor da recuperação e da adesão ao tratamento. A outra metade dos estudantes não expressou esta opinião.

Os que responderam inadequadamente acreditam que a explicação que o médico fornece aos pacientes e família pode diminuir as expectativas da família ou é um direito do paciente, como mostram as respostas representativas transcritas abaixo:

“Sim, para diminuir as expectativas”.

“Sim, a família e o paciente têm o direito de saber o que está acontecendo com ele”.

As respostas, que valorizaram somente os aspectos psicológicos e éticos da informação que o médico deve dar ao paciente, foram consideradas inadequadas por não abordarem a questão do favorecimento da adesão ao tratamento e recuperação do paciente.

Informação fornecida ao paciente considerando seu nível sócio-econômico cultural

Esta categoria refere-se à consideração do nível sócio-econômico-cultural do paciente na comunicação entre o médico e o paciente.

Na análise desta subcategoria, observamos que mais da metade dos estudantes (23) reconheceram que o médico deve considerar o nível sócio-econômico-social do paciente ao informá-lo sobre sua doença.

O grupo de estudantes que respondeu adequadamente, acredita que a linguagem sem o uso de termos técnicos é a melhor maneira de informar o

paciente considerando seu nível sócio-econômico-cultural, conforme ilustra a resposta representativa:

"Utilizando termos com os quais o paciente entenda a patologia, utilizar linguagem visual (desenhos e fazer associações com situações que o paciente entenda)".

O grupo de estudantes que respondeu inadequadamente valorizou a explicação da própria doença salientando aspectos científicos e não de comunicação, como melhor maneira de adequar a informação ao nível sócio-econômico do paciente, como demonstrado na resposta representativa descrita abaixo:

"Explicar a causa, o prognóstico, o tempo de recuperação".

Os resultados da análise destas subcategorias, que diz respeito a comunicação favorecedora de uma relação médico-paciente adequada, foram agrupados no gráfico abaixo:

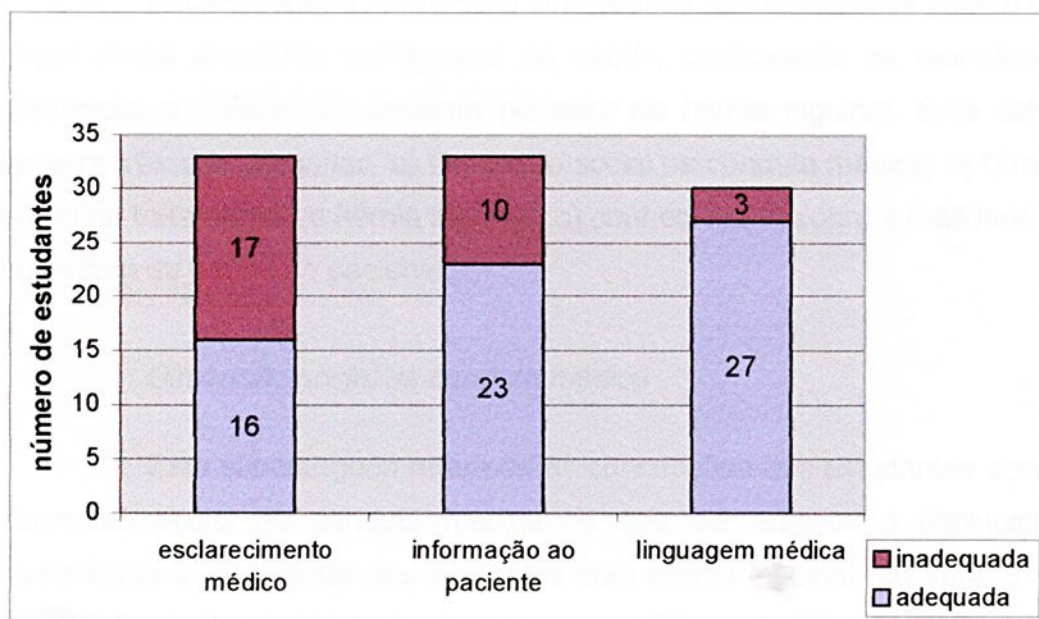


Figura 2 - Relação médico paciente

Esses resultados nos permite inferir que o principal fator valorizado nessa comunicação foi a adequação da *linguagem do médico* de maneira a aproximá-lo do paciente e, assim, desenvolver uma boa relação médico-paciente.

Como demonstrado na Figura 2, 27 estudantes apresentaram respostas adequadas nessa subcategoria.

Dezessete estudantes demonstraram não ter conhecimento sobre a prática médica no que se refere à comunicação adequada, representada por uma melhor recuperação e adesão ao tratamento, valorizando concepções que abordam questões psicológicas como a diminuição das expectativas ou éticas como o direito do paciente à informação.

Vinte e três estudantes demonstraram valorizar o nível sócio-econômico-cultural no momento de informar ao paciente sobre sua doença.

6.1.3 Concepções dos estudantes acerca de seu papel social

Essa categoria refere-se à concepções dos estudantes acerca de seu papel social enquanto profissional de saúde, participante da manutenção e prevenção da saúde do paciente portador de hérnia inguinal. Esta categoria encerra três subcategorias: a) dimensão social da conduta médica; b) Dimensão social no tratamento da hérnia inguinal; c) conhecimento sobre a realidade social do estado de saúde do paciente.

Dimensão social da conduta médica

Esta subcategoria refere-se às concepções dos estudantes acerca da dimensão social na conduta médica no que diz respeito a diminuição da mortalidade e morbidade dos pacientes com hérnia inguinal, ou seja, o pronto encaminhamento do paciente para o especialista e esclarecimento acerca do encarceramento da hérnia inguinal, quando a hipótese de hérnia inguinal é formulada na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no pronto atendimento.



No caso específico desta doença, quando realizado o diagnóstico, o médico deve esclarecer a família sobre os sinais clínicos de alerta que a mãe pode detectar e que possam sugerir a possibilidade de encarceramento da hérnia inguinal, situação que traduz uma complicação da doença e na qual a mãe deve procurar o atendimento de urgência, o que pode evitar dano ao paciente, diminuindo, assim, a morbidade relacionada a esta doença.

Os resultados da análise desta subcategoria são demonstrados no gráfico a seguir.

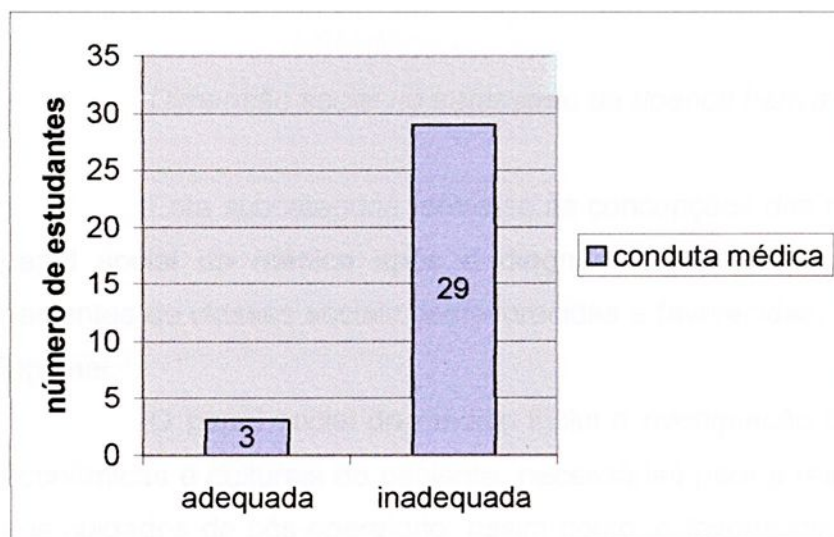


Figura 3 – Papel social da conduta médica.

A análise desta subcategoria demonstrou que três estudantes reconheceram a necessidade de informar os pais sobre a possibilidade de encarceramento, conforme demonstrado no gráfico. Um estudante não respondeu a essa questão e os demais estudantes (29) reconheceram como conduta médica adequada, o encaminhamento ao especialista para a confirmação do diagnóstico sem alertar aos pais sobre a possibilidade de encarceramento da hérnia inguinal, como demonstrado nas respostas representativas transcritas a seguir:

(resposta Adequada) *"Deverá ser explicado sobre a possibilidade de ser hérnia inguinal, acalmar os pais e a criança dizendo que o caso não é complicado, esclarecendo sobre riscos de complicações, os sintomas destas e a necessidade de procurar o Pronto Socorro, explicar a necessidade de encaminhamento para especialistas"*

(resposta Inadequada) *"A criança deve ser encaminhada para o ambulatório de cirurgia pediátrica"*

A seguir, apresentaremos a subcategoria que se refere à dimensão social no tratamento da doença hérnia inguinal.

Dimensão social no tratamento da doença hérnia inguinal

Esta subcategoria refere-se às concepções dos estudantes acerca do papel social do médico após o diagnóstico ou no pós-operatório frente a pacientes de classes sociais desfavorecidas e favorecidas, portadores de hérnia inguinal.

O papel social do médico inclui a averiguação das condições sócio-econômicas e culturais do paciente, necessárias para a realização da cirurgia e dos cuidados de pós-operatório, assim como, o favorecimento de ações sociais que possam permitir a realização do tratamento e reintegração do paciente ao seu contexto social.

A grande maioria dos estudantes demonstrou não ter conhecimento do papel social do médico no tratamento da doença hérnia inguinal, tanto nas classes sociais desfavorecidas (23 apresentaram respostas inadequadas) como nas classes sociais favorecidas (25 apresentaram respostas inadequadas). Esses estudantes acreditam que o papel social do médico é o de informar o paciente a respeito, principalmente, dos aspectos biológicos e psicológicos envolvidos na diagnóstico, tratamento e cuidados no pós-operatório conforme ilustra a resposta transcrita a seguir:

"O médico deve explicar ao paciente que sua patologia requer tratamento cirúrgico, mas este é eletivo, não se tratando de uma patologia de urgência".

Os demais estudantes que tiveram suas respostas consideradas como adequadas, relacionaram o papel social do médico com o suporte que o médico deve dar ao paciente para que este seja tratado adequadamente e tenha uma recuperação satisfatória, considerando seu nível sócio-econômico e social, porém, de maneira superficial como demonstram as respostas transcritas abaixo:

"Dar o suporte necessário para uma boa e rápida recuperação e retomada de suas atividades corriqueiras". "Procurar encaminhar o caso para a assistente social e adequar suas condutas às dificuldades sócio-econômicas do paciente".

Conhecimento da realidade social de saúde dos pacientes portadores de hérnia Inguinal

Esta subcategoria refere-se às concepções dos estudantes acerca do aspecto epidemiológico referente a manutenção da saúde ou cura dos pacientes portadores de hérnia inguinal de classes sociais favorecidas e desfavorecidas de Marília.

A análise das respostas de acordo com esta subcategoria, demonstrou que a maioria dos estudantes demonstrou não conhecer a realidade social do estado de saúde do paciente portador de hérnia inguinal, no que diz respeito à cura e à prevenção da doença, tanto em pacientes de classe social favorecidas como nos de classe social desfavorecidas, conforme mostram as respostas transcritas a seguir:

"Acredito que independente da classe há uma procura de uma medicina preventiva, que é a que os brasileiros em geral estão acostumados".



"Acho que independente do nível sócio-econômico, o ser humano sempre busca a cura, pelo desejo de imortalidade".

Além de demonstrarem não ter conhecimento acerca da realidade social do estado de saúde-doença, os estudantes ao justificarem a busca do paciente pela cura ou pela prevenção, não reconhecem fatores políticos ou sociais como influenciadores dessa realidade, e também não reconhecem o médico como participante na mudança dessa realidade, admitindo, freqüentemente, fatores relacionados ao próprio paciente ou sua condição sócio-econômica.

Os demais estudantes justificaram adequadamente a busca do paciente pela cura ou pela prevenção, porém o fizeram de maneira superficial não reconhecendo o médico como participante no processo de determinação e mudança dessa realidade social do estado de saúde-doença. As respostas representativas, que seguem, ilustram tal análise:

"Cura. A população brasileira sempre procura o serviço na tentativa de cura imediata. Agora se tenta implantar um medicina preventiva que é mais barata para o Estado e com vantagens no diagnóstico precoce de doenças".

"Continuam valorizando a cura, mais a onda de prevenção está melhor difundida nesse nível mesmo. Assim, ainda há muito a melhorar."

Os resultados da análise dessas subcategorias foram agrupadas no gráfico a seguir.

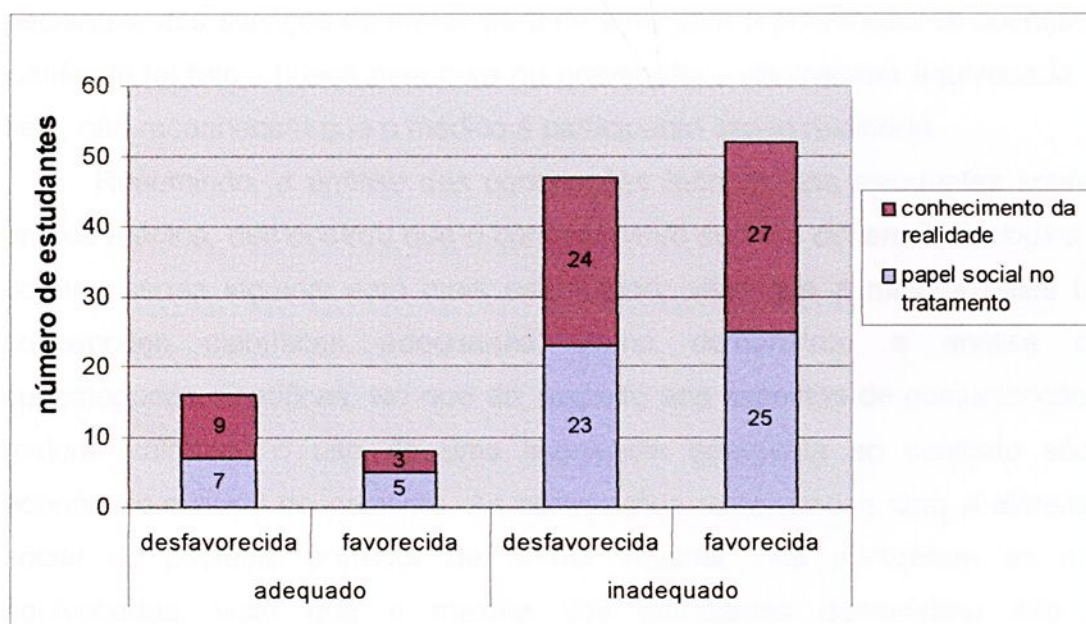


Figura 3 – Papel social do médico

Através da análise das concepções nessas duas subcategorias, podemos inferir que o grupo de estudantes que participou do estudo demonstrou não ter conhecimento sobre o papel social do médico, como demonstrado no gráfico, tanto nas classes sociais favorecidas como nas desfavorecidas. A maioria dos estudantes respondeu inadequadamente, sendo que a maioria relacionou o papel social do médico, no que diz respeito à conduta médica, aos fatores biológicos, psicológicos e éticos do processo de saúde e doença.

Na subcategoria relacionada ao conhecimento da realidade social do processo saúde-doença dos pacientes portadores de hérnia inguinal, podemos ver representado no gráfico que a maioria dos estudantes respondeu inadequadamente. Além de demonstrarem concepções equivocadas acerca de aspectos epidemiológicos da doença hérnia inguinal, não reconhecem o médico como participante na determinação e na mudança da realidade social do processo de saúde-doença.

Como ilustra o gráfico, a maioria dos estudantes demonstrou não reconhecer a realidade social de saúde, no que diz respeito à procura, pelos

pacientes, dos serviços de saúde para cura ou para a prevenção de doenças e, justificam tal fato - busca pela cura ou prevenção – de maneira equivocada, ou seja, não reconhecem que o médico é participante dessa realidade.

Resumindo, a análise das concepções teóricas dos estudantes sobre a prática médica, demonstrou que o *conhecimento sobre a dimensão biológica* da doença hérnia inguinal está mais estruturado, visto que a maioria deles têm concepções científicas adequadas, como demonstrou a análise das subcategorias científicas. No que diz respeito aos aspectos de comunicação, a maioria valorizou o uso de uma linguagem adequada ao contexto sócio-econômico-cultural do paciente. As concepções relacionadas com a *dimensão social do paciente* portador de hérnia inguinal, nos pareceram as mais equivocadas, visto que a maioria dos estudantes demonstrou não ter conhecimento sobre o papel social do médico, no que diz respeito a sua participação no processo de saúde-doença tanto ao nível individual como ao nível coletivo.

6.2 Apresentação e discussão da análise sobre as filmagens

Para a análise das situações de atendimento também foram elaborados três grupos de categorias. Inicialmente as fitas de vídeo foram assistidas várias vezes, sendo realizada a transcrição com a marcação do tempo para as ocorrências, de acordo com as categorias de análise identificadas. As categorias identificadas foram: 1) Atitudes dos estudantes que favoreceram a relação médico-paciente; 2) como os estudantes conduziram a realização da entrevista e 3) atitudes dos estudantes durante a realização do exame físico.

Cada uma dessas categorias encerrou subcategorias cuja análise será descrita a seguir.

6.2.1 Atitudes dos estudantes que favoreceram o estabelecimento de um relacionamento médico paciente adequado

Essa categoria encerrou duas subcategorias: 1) *atitude amistosa que demonstra interesse pelo paciente* e 2) *tato*.

Atitude amistosa que demonstra interesse pelo paciente

Através da análise do registro da situação de atendimento 1, pudemos observar que, em alguns momentos, o estudante não demonstrou uma atitude amistosa reveladora de interesse pelo paciente.

Inicia a entrevista sem se apresentar à mãe da paciente e sem ter nenhum contato verbal ou não verbal com a paciente, procedendo em seguida a entrevista propriamente dita.

Durante a entrevista, apresentou três atitudes que puderam ser enquadradas como amistosas: 1) Quando passa a mão no braço da paciente que chora muito; 2) quando sorri para a paciente e 3) no início do exame físico, quando, pela primeira vez, durante a entrevista, se dirige verbalmente à criança,

com seguinte verbalização: *Você deixa? Hã? Deixa o tio escutar seu coração? Posso ver?"*

Na análise da situação de atendimento 2, o estudante também demonstrou, em alguns momentos, atitude pouco amistosa com o pai, pois não pergunta seu nome e, durante toda entrevista, só se refere ao mesmo chamando-o de pai, como demonstra a fala representativa transcrita a seguir:

"Estudante: Pode vir aqui, óh Pai.

Em relação ao paciente, o estudante, que participou da segunda filmagem, não estabeleceu, durante toda a entrevista, nenhum contato com a criança, mostrou-se interessado nas informações para o diagnóstico da doença e não na pessoa do paciente.

A primeira vez que o estudante se dirigiu verbalmente ao paciente foi durante o exame físico:

"Estudante: Vamos ver a boca"?

Verificamos, também, que o estudante iniciou a entrevista sem cumprimentar o pai ou o paciente, não se apresentando e nem explicando sua função, ou seja, na situação de atendimento 2, o estudante leu o prontuário médico na presença do pai e da criança sem emitir nenhum contato verbal com ambos. Nesse momento, o pai tentou uma aproximação, verbalizando sua observação sobre o comportamento do estudante quando ele havia chegado ao ambulatório. Na fala, a seguir, demonstra a tentativa de o pai se aproximar do estudante:

(fala do pai) Conversar você deve conversar, quando vocês chegaram eu vi que você era o que mais conversava e eu pensei conversar bem ele deve conversar.

O estudante dá algumas gargalhadas e inicia a entrevista pela identificação.

Na maioria das vezes realizou as perguntas sem dirigir o olhar para o pai e mantendo-se de cabeça baixa enquanto realizava as anotações. A seguir apresentaremos a subcategoria intitulada como tato.

Tato

Na situação de atendimento 1, a paciente era portadora de deficiência mental e motora grave e, portanto, extremamente limitada em suas funções. O estudante, em alguns momentos da entrevista, demonstrou atitudes categorizadas como falta de tato, ao utilizar palavras que explicitaram a deficiência da paciente, o que pode ter humilhado a mãe e prejudicado a relação médico-paciente. As seguintes falas demonstram falta de tato:

"Estudante: Mas ela faz algum tipo de esforço físico, alguma forcinha!"

Mãe: Não.

Estudante: Quando você tenta colocar ela, por exemplo, numa posição sentada ou ela fica de pézinho, com alguém segurando (o estudante levanta os braços demonstrando como se segura a criança pelas mãos).

(A mãe responde com tom de voz nervoso e olhando para as peminhas da criança que não se movem) É que ela não fica de pezinho, entende?"

O estudante parece não perceber a irritação da mãe e continua realizando as perguntas no intuito de relacionar o abaulamento inguinal com o esforço.

Utiliza, várias vezes, frases que tornam explícita a deficiência da paciente, por exemplo, quando realiza perguntas sobre as atividades que a criança realiza e o desenvolvimento neuropsicomotor. Os trechos da entrevista selecionados a seguir, exemplificam tal análise:

"Estudante: Eu percebi que ela tem os pezinhos um pouco torto, é isso?"

"Estudante: Cheira normal?"



“Estudante: *Ela enxerga bem?*”

Estudante: *E assim, embora ela não consiga andar, ela tem assim, faz alguma atividade física, quando está comendo, quando ela está deitada, quando ela está encostada em alguma almofada, ela faz isso fica roxinha?*

“Estudante: *Ela ainda não consegue fazer xixi sozinha? Oh! [sorri e corrige] Desculpa, sozinha assim, sem a fralda ? Sem o controle [miccional].*”

Nessa perguntas o estudante torna explícito a deficiência da criança, o que deixou a mãe constrangida, fazendo com que a mesma respondesse somente com a cabeça ou com sim ou não. O estudante poderia ter demonstrado *tato* formulando a questão de maneira a não explicitar a deficiência e demonstrando maior interesse pela pessoa do paciente. Por exemplo, perguntando assim: *Cláudia, gostaria de saber como é o dia-a-dia da Regina, como você cuida dela, como ela se alimenta, quais as atividades que ela realiza?*

As chances da mãe não se sentir constrangida com a deficiência da filha, e se sentir à vontade para um relato espontâneo a respeito das atividades da filha e do seu desenvolvimento neuropsicomotor, seriam maiores. Nesse sentido, a formulação de perguntas em uma entrevista é de fundamental importância para evitar situações de enviesamento de respostas (MANZINI, 2003).

Na situação de atendimento 2 não foram observadas atitudes do estudante que pudessem ter constrangido o pai ou o paciente.

6.2.2 Como o médico conduz a realização da entrevista

Esta categoria refere-se à maneira como o estudante conduz a coleta de informações necessárias para o diagnóstico durante a entrevista. Esta categoria encerrou três subcategorias: 1) incentivo à narrativa espontânea; 2) linguagem médica e 3) valorização das dimensões bio-psico-social na entrevista.



Incentivo a narrativa espontânea

Esta subcategoria refere-se à maneira como o estudante conduz a entrevista no que diz respeito a incentivar a narração espontânea do paciente.

Na situação de atendimento 1, o estudante, freqüentemente, não incentivou o relato espontâneo, utilizou perguntas indutoras e específicas, por vezes respondendo ele mesmo às perguntas. Com isso a mãe pode ter suprimido informações. Como consequência, as respostas da mãe foram, na maioria, na forma de *sim* ou *não* e, muitas vezes, *não verbais* (como balançar a cabeça, indicando sim ou não). Os trechos da entrevista selecionados a seguir, exemplificam tal interpretação:

“Estudante: Tá, *então explica pra mim direitinho, o que aconteceu.*
(Entretanto, antes mesmo de a mãe iniciar seu relato ele mesmo fez um resumo da história, falando pausadamente) *Então, há mais ou menos dois meses você notou um caroço na virilha. De que lado? direito ou esquerdo?*

(A mãe olha para a virilha da filha com aparência confusa e responde)
Eu nem me lembro, acho que esquerdo.”

No trecho a seguir o estudante tenta relacionar a queixa de abaulamento inguinal com esforço e utiliza perguntas indutoras e específicas tentando confirmar ou excluir o diagnóstico de hérnia inguinal:

“Estudante: *Mas se você está segurando ela, assim, você nota se aumenta o caroço ou não?*

Mãe: *É parece que sim.*

Estudante: *E deitada, aumenta ou diminui?*

(A mãe responde com tom de voz cansado) *Fica às vezes do mesmo jeito, sabe!*

Estudante: *Você notou se tem aumento de calor no local? Se está mais vermelhinho?*

Mãe: *Às vezes fica mais quente.*

Estudante: *Mas vermelho ou não? (com tom voz impaciente)*

Mãe : Às vezes.

Estudante: *É, não tem pus não? (induzindo a resposta)*

Mãe: *Não, acho que não (com dúvida).*

No trecho a seguir o estudante pergunta sobre a micção e as características da urina:

Estudante: *Entendi. Como é o xixi dela?*

(A mãe permanece em silêncio alguns segundos e responde) *Bom é normal, [pausa] assim como eu posso dizer, como de uma criança pequena que usa fraldas assim, é do mesmo jeito passa tempos seca, faz bastante, depois faz pouquinho.*

Estudante: Certo, e que cor que é?

Mãe: *É...*

(Antes da mãe responder o estudante mesmo responde induzindo) *Amarelinho, e às vezes até transparente ?*

Mãe: *É*

Ao perguntar sobre a altura da paciente ao nascer:

Estudante: *De altura, se lembra? 48, 49 ? (induzindo)*

Mãe: *Eu acho que um pouco menos, 47*

Nesses trechos transcritos, o estudante utiliza, freqüentemente, questões indutoras, fornecendo alternativas para as respostas e, muitas vezes, até mesmo as respostas. Tal atitude induz a respostas curtas que nem sempre traduzem a realidade vivida pelo paciente. Todas essas perguntas poderiam ser realizadas de maneira a não induzir a mãe da paciente. Por exemplo, ao questionar sobre a urina, o estudante poderia simplesmente perguntar: *como é o xixi da sua filha?* sem fornecer a resposta do que ele acha que seria conveniente.

Na situação de atendimento 2, o estudante dirige a entrevista tentando confirmar o diagnóstico de hérnia inguinal (hipótese prévia) com intuito de confirmar ou afastar sinais e sintomas e não com intuito de ouvir o relato

espontâneo da história do paciente. Tal observação é inferida com base nas falas transcritas a seguir, nas quais o estudante interrompe o pai com perguntas, mesmo quando ele ainda está respondendo outra pergunta:

Pai: *É maior, porque ele pula, ele brinca, ele dá risada, ele chora e a tendência é aumentar, aí depois ele dorme e no outro dia a gente percebe...*

(Antes do pai completar sua fala o estudante mesmo completa) *É menor!*

Pai: *Está menor um pouquinho, mas sempre tem aumentado.*

O estudante também faz uso freqüente de perguntas específicas e indutoras que podem suprimir informações, conforme ilustra as falas transcritas a seguir:

“Estudante: *Enxerga bem?*”

Pai: *Sim*

Estudante: *Sangra muito o nariz?*

Pai: *Não.*

Estudante: *Ele faz cocô todos os dias?*

Neste diálogo, o estudante busca informações sobre possíveis doenças não relacionadas à queixa principal de abaulamento do escroto. Assim, poderia incentivar o relato espontâneo realizando uma questão mais aberta, por exemplo: “O senhor já percebeu alguma outra coisa diferente no corpo de seu filho além do aumento do escroto?”

Esse tipo de abordagem poderia favorecer o relato espontâneo e informações mais fidedignas.

A seguir apresentaremos a análise e discussão da segunda subcategoria intitulada como linguagem médica.



Linguagem médica

Na situação de atendimento 1 observamos que o estudante utilizou termos técnicos que dificultaram o entendimento da mãe, causando dúvida sobre a veracidade das respostas. Apesar da análise das concepções teóricas sobre qual a linguagem mais adequada ter demonstrado que a maioria dos estudantes enfatiza a não utilização de termos técnicos, o registro das situações de atendimento mostra que os mesmos utilizam termos técnicos, não se dando conta disso na maioria das vezes. Os trechos da entrevista descrita a seguir, exemplificam tal análise:

“Estudante: Na região inguinal, (continua corrigindo sua fala), bem na virilha?”

“Estudante: Cê notou se tem aumento de calor no local? Se está mais vermelhinho?”

“Estudante: Cheira normal? Sai alguma secreção do nariz?”

“Estudante: E como funciona o intestino dela?”

“Estudante: E como são as fezes?”

“Estudante: Você nota se ela se queixa de dor quando vai evacuar, ô, ô quando vai urinar?”

Estudante: Quatro, e de estatura?

Na situação de atendimento 2, o estudante também utilizou termos científicos com frequência, conforme ilustra as falas transcritas a seguir:

Estudante: E em cima do pênis?

Pai: Não.

Estudante: É só no testículo mesmo?

Estudante: Ele tem algum problema de saúde, pai? Algum problema respiratório? Asma, alergia?

O estudante usa o termo “cara” ao se referir ao paciente, termo pouco indicado para uma criança de 3 anos, talvez se o paciente fosse um adolescente esse termo os aproximaria; a fala transcrita abaixo exemplifica a utilização deste termo:

Estudante : *Pode deitar cara ! deita !*

Um estudo realizado por Manzini (2004), sobre as dificuldades mais freqüentes ao formular perguntas em roteiros para entrevista, indicou que o uso de jargão é o erro mais cometido por pesquisadores. Sienta o autor que o uso de jargão dentro de entrevistas com participantes do mesmo meio social ou profissional, não se constitui problema, porém, na maioria das vezes, os entrevistados possuem vocabulários próprios de seus grupos sociais e que não são os mesmos daqueles utilizados pelo pesquisador que realiza a entrevista.

Valorização das dimensões bio-psico-sociais na entrevista

Esta categoria refere-se à análise da valorização das dimensões biopsicossociais pelo estudante, para a construção da hipótese diagnóstica.

A análise da situação de atendimento 1 nos permite inferir que o estudante valorizou principalmente os aspectos biológicos relacionados com a apresentação clínica típica da hérnia inguinal, ou seja, tentou confirmar ou não a presença dos sinais clínicos que dizem respeito ao início, localização, relação do aparecimento da herniação com esforços físicos e outros sintomas gerais como febre e ferimentos que poderiam estar associados a um quadro de adenopatia inguinal, e que deve ser descartada como diagnóstico diferencial da hérnia inguinal. Esse fato é evidente quando o estudante insiste em relacionar o aparecimento do “caroço” com situações de esforço físico, o que constitui um dos aspectos clínicos, típicos do paciente portador de hérnia inguinal. Tal análise está ilustrada no trecho da entrevista transcrito a seguir:

“Estudante: *Tem alguma coisa que ela faz que aumenta esse caroço?*

Mãe: *Não.*

Estudante: *Por exemplo, se ela chora.*

(A mãe responde com tom impaciente) : *É que ela nem chora, sabe, ela é muito boazinha, então não dá nem pra saber.*

(O estudante insiste fazendo uma nova pergunta relacionando o 'caroço' com a atividade física) *Mas ela faz algum tipo de esforço físico, alguma forcinha!*

Mãe: *Não.*

Estudante: *Quando você tenta colocar ela, por exemplo, numa posição sentada fica de ou ela pézinho, com alguém segurando* (o estudante levanta os braços demonstrando como se segura a criança pelas mãos).

(A mãe responde com tom de voz nervoso e olhando para as perninhas da criança que não se movem)

Mãe: *É que ela não fica de pezinho, entende?*

(O estudante continua realizando as perguntas parece não se dar conta da irritação da mãe) *Mas se você está segurando ela, assim, você nota se aumenta o caroço ou não?*

Mãe: *É parece que sim.*

Estudante: *E deitada, aumenta ou diminui?*

(A mãe responde com tom de voz cansada) *Fica às vezes do mesmo jeito, sabe!*

Estudante: *E quando acorda?*

Mãe: *Quando acorda geralmente tá maior.*

Estudante: *Quando acorda tá maior?*

Mãe: *É mais não é assim todas as vezes, sabe.*

Estudante: *Certo. De vez em quando?*

Mãe: *É.*

O estudante valorizou, freqüentemente, dados biológicos, tanto na realização da história da moléstia atual como no mapeamento psico-social do paciente. Dessa forma, não realizou, adequadamente, o levantamento de dados psicológicos e sociais, como ilustra o diálogo a seguir;

"Estudante: Hum , ela fala alguma coisinha?

Mãe: *Água, papai. Mamãe ela não fala.*

Estudante: *Não chama você [mãe], papai ela fala.*

Mãe: *O irmãozinho dela, ela chama também.*

Estudante: *Chama o irmão!*

Mãe: *Jú, qué, essas coisas ela fala bem*

Estudante: *Em casa, como que é, tem ela e mais quantos irmãos ?*

Mãe: *Tem mais um irmãozinho*

Estudante: *Ela e mais um, entendi*

O estudante não questionou como era a dinâmica da família, quem cuidava da paciente, como era para a mãe ter uma filha deficiente, como era o relacionamento da paciente com os demais familiares (mãe, pai e irmão). Podemos inferir que o estudante demonstrou dar maior ênfase à doença ao invés de se preocupar em conhecer a pessoa do paciente. Pareceu-nos, através da análise da entrevista, que o estudante tentou enquadrar as informações coletadas junto à mãe no seu conhecimento prévio a, cerca da manifestação clínica da hérnia inguinal. O quadro clínico típico de um paciente portador de hérnia inguinal é o abaulamento inguinal aos esforços; na análise da entrevista fica claro que o estudante passa a fase inicial da entrevista tentando verificar se a criança apresentava aumento do carço na região inguinal aos esforços, mesmo a mãe insistindo em dizer que a criança não realizava esforços físicos. O estudante não se mostrou preocupado em conhecer a pessoa do paciente e seu contexto de vida, provavelmente teria informações mais fidedignas do real quadro clínico da paciente, que necessariamente não precisa ser um quadro típico da hérnia inguinal descrito nos livros.

Na situação de atendimento 2, o estudante também não valoriza as dimensões psicológicas e sociais do paciente e realiza a história partindo de referenciais teóricos acerca da doença hérnia inguinal, ao invés de partir da própria história do paciente. O trecho da entrevista a seguir, exemplifica esta observação:

Estudante: *Desde o nascimento o senhor notou esse aumento, que varia com a atividade física dele, se ele brinca, pula aumenta mais, e é só de um lado?*

Nota-se a preocupação em “encaixar” a história relatada na história típica do livro, sem valorização da história do paciente.

Pela análise realizada nos parece claro que o estudante valorizou, durante a entrevista, informações acerca de sinais e sintomas na esfera biológica, que pudessem ajudá-lo a confirmar ou afastar o diagnóstico de hérnia inguinal, sempre se utilizando de referenciais teórico-científicos esquecendo-se de que seu paciente é um ser bio-psico-social.

O fato se faz claro quando investiga o estado atual de saúde do paciente; nessa etapa da entrevista, o estudante utiliza questões pontuais que valorizam somente o aspecto biológico de seu paciente, conforme ilustra a fala transcrita a seguir:

"Estudante: Ele teve caxumba ?"

"Estudante: Ele teve infecção de urina?"

"Estudante: Ele tem algum problema de saúde?"

A todas essas perguntas o pai responde que não. No final o pai relata que o paciente não apresenta problemas, mas o irmão sim , cardiopatia .

Mesmo assim, o estudante não entra em detalhes sobre a doença do irmão ou sobre a dinâmica da família.

Durante essas perguntas permanece de cabeça baixa, preocupado em anotar as informações, demonstrando uma atitude pouco interessada no conhecimento do seu paciente, atitude que pode propiciar dificuldades no relacionamento médico-paciente.

Como relatado anteriormente, o estudante não realizou nenhuma pergunta acerca da vida psico-social do paciente, seu relacionamento com os familiares ou com o irmão gêmeo.

Ao investigar os familiares, valorizou novamente os aspectos biológicos voltados para patologias:

"Estudante: O senhor tem problemas de saúde? Sua mulher tem?"

"Estudante: O pai do senhor tem pressão alta ?"

"Estudante: Tem alguma doença que está dando na família ?"



No final de todas essas perguntas, o pai relatou que também passou por uma cirurgia pela qual o paciente também irá passar (correção da hidrocele). Porém, o estudante não se interessa pela informação e continua a sua entrevista.

6.2.3 Atitudes do estudante durante a realização do exame físico

A presente categoria aborda duas subcategorias: 1) cuidados com o conforto do paciente e 2) atitudes favorecedoras da redução das reações de medo e ansiedade do paciente.

Cuidados com o conforto do paciente

Na situação de atendimento 1, a análise das atitudes do estudante durante o exame, mostrou que ele se preocupou com o conforto da paciente, examinando-a na presença da mãe, de portas fechadas. O mesmo aconteceu na situação de atendimento 2.

Atitudes favorecedoras da redução das reações de medo e ansiedade do paciente

Na situação de atendimento 1, o estudante demonstrou atitudes para diminuição do medo e da ansiedade do paciente, nos momentos em que foi necessário tocar a paciente durante o exame, o fez de maneira delicada, sempre com tom de voz baixo e agradável.

Como dito anteriormente, examinou a criança na presença da mãe.

Antes de iniciar o exame, dirigiu-se à criança solicitando sua permissão para examiná-la, conforme mostra a fala a seguir:

Estudante: *Você deixa? Hã? Deixa o tio escutar seu coração ? posso ver?*



Não despiu totalmente a criança, solicitando à mãe que tirasse somente o vestido ou a fralda, de acordo com a região que iria ser examinada.

O estudante mostrou-se calmo e seguro ao proceder o exame físico, não sendo necessária a contenção da paciente em nenhum momento, durante o exame. A paciente mostrou-se cooperativa e tranqüila durante o exame.

Na situação de atendimento 2, o paciente foi despido totalmente, e o estudante não tomou o cuidado de explicar o que iria ser realizado. O paciente permaneceu durante todo o exame com expressão facial de medo e, a todo o momento, olhava para sua genitália e em direção à câmera de filmagem. O estudante poderia ter minimizado o medo do paciente, explicando ao mesmo os procedimentos da filmagem e também sobre o exame físico, a todo o momento em que o exame exigisse uma maior aproximação entre o estudante e o paciente, por exemplo, no exame do abdome, da orofaringe, da genitália.

Outro aspecto observado, foi o vínculo entre o estudante e o paciente. Em nenhum momento, durante a entrevista, o estudante teve contato verbal ou não verbal com o paciente, o que poderia dificultar o vínculo paciente-médico. Durante o exame físico, quando a proximidade entre o médico e o paciente é maior e quando alguns procedimentos do exame físico são incômodos, o estabelecimento desse vínculo é mais difícil, principalmente com uma criança de três anos que se sente ameaçada, provavelmente pela câmera de filmagem, não entendendo o que vai acontecer.

Assim, durante todo o exame, a criança se recusou a deitar na cama, mesmo com a solicitação do estudante e do pai, conforme ilustra a fala transcrita a seguir,

Estudante : *Pode deitá cara ! deita !*

(A criança se recusa a deitar, porém não chora, o pai percebendo a dificuldade se aproxima e deita a criança, que voltar a sentar logo em seguida) *Não cai não, o papai está aqui te segurando!!*

(Mas a criança insiste em ficar sentada) Pai: *Deita filho!! Deita*

(A criança senta e faz que não com a cabeça) Pai: *Se sua mãe estivesse aqui, você iria deitar na marra!!*

(O pai tenta deitá-lo, mais uma vez, e o paciente ameaça chorar)
 Estudante: *Deixa ele sentado então pai* (posteriormente, permaneceu tempo todo com a cabeça erguida).

Como dito anteriormente o momento do exame físico, configura um momento de extrema proximidade entre médico e paciente, e esse momento deve ser preparado desde o início da entrevista, nesse caso, durante toda a entrevista o estudante se referiu somente ao pai, não estabelecendo nenhum tipo de vínculo com o paciente, o que pôde ter prejudicado o relacionamento dos dois (estudante e paciente) o que se tornou evidente durante o exame .

O estudante realiza a ausculta cardíaca com o paciente sentado. No momento do exame abdominal e genital o estudante e o pai tentam deitá-lo novamente.

Estudante: *Tá assustado cara, tá?*

(O estudante pergunta ao paciente, passando a mão na cabeça do mesmo, o paciente faz que sim com a cabeça. Sentado ele olha para seu pênis e para a câmera de filmagem) *Rafael deita pro tio ver você, assim sentadinho não dá, rapidinho?*

(O paciente não emite nem uma palavra somente diz que não com a cabeça olhando a todo o momento para o genital) *Porque você não quer deitar? Tá com medo? Não precisa ter medo? O tio só vai ver sua barriga e seu pipi tá!!* (O paciente olha assustado para seu pênis).

Após a contenção dos braços do paciente pelo pai o mesmo se deita e o estudante realiza o exame físico do abdome, iniciando pela percussão e depois palpação.

Além da não cooperação do paciente, notamos que o estudante, ao examiná-lo, não se preocupou em realizar as manobras de exame físico com delicadeza o que na criança pode gerar recusa ao exame.

O estudante demonstrou ter movimentos bruscos percutindo e palpando com vigor o abdome do paciente, o que deve ser evitado, principalmente ao se examinar crianças que, freqüentemente, encontram-se

assustadas; tocá-las bruscamente pode assustá-las ainda mais, dificultando o exame.

O estudante termina o exame físico corretamente, abordando a região inguinal, região freqüentemente mais difícil de ser examinada, principalmente nas crianças. No paciente em questão, esse exame foi realizado com dificuldade, pois o paciente se recusava, querendo chorar e mexendo as pernas, foi necessário o pai conter os braços do paciente.

Em resumo, análise das situações de atendimento nos permite inferir que os estudantes preocuparam-se em investigar os dados que pudessem confirmar o diagnóstico de hérnia inguinal. Tal investigação é o objetivo da entrevista médica, porém, a maneira como foi realizada foi inadequada. Os principais equívocos observados foram:

- a valorização da dimensão biológica do paciente em detrimento das dimensões psicológicas e sociais, que encerraram a valorização da doença e não do doente,
- a maneira como a investigação foi procedida , principalmente com uma comunicação inadequada não favorecedora do levantamento fidedigno de informações e do estabelecimento de um bom relacionamento médico paciente,
- a valorização do pré-diagnóstico de hérnia inguinal e a adoção dos referenciais teóricos acerca da doença, como ponto de partida para o levantamento de informações para o diagnóstico, ao invés da adoção do relato espontâneo da mãe sobre os sintomas e o conhecimento da pessoa do paciente (valorização das dimensões psicológicas e sociais)

Tais equívocos propiciaram a realização de uma entrevista e exame físico incapaz de traduzir a realidade de doença vivida pelo paciente, em outras palavras, uma prática médica ineficaz e sem relevância social.

7 CONCLUSÕES

A análise das concepções teóricas dos estudantes, a respeito do conhecimento científico que envolve a doença hérnia inguinal, mostrou que, de maneira geral, as concepções teóricas foram adequadas. Porém, a análise das situações de atendimento demonstrou que os dois estudantes não articularam suas concepções científicas (adequadas) ao exercício da prática médica.

Segundo Sá-Chaves (2000), o profissional de saúde competente é aquele capaz de utilizar seu conhecimento e a tecnologia disponível para o diagnóstico, encaminhamento e tratamento do paciente. Para alcançar tal competência, a autora defende uma mudança no paradigma de formação, ou seja, um paradigma que privilegie a aquisição, por parte do profissional, não só de conhecimentos científicos, mas que forneça condições para que o profissional execute e avalie, criticamente, suas decisões à luz de conhecimentos científicos, escolhendo as mais adequadas na resolução dos problemas que surgirão ao longo de sua vida profissional.

Transpondo tal pressuposto para nosso estudo, observamos que os estudantes não partem do problema para depois utilizarem seus conhecimentos científicos para resolvê-los. Contrariamente, tentam, durante toda a entrevista, adequar as respostas da mãe e do pai dos pacientes, aos seus referenciais científicos, configurando a não articulação das concepções teóricas que os mesmos têm acerca da doença hérnia inguinal com o exercício da prática médica, aqui representada pelo atendimento médico.

Um caminho mais favorecedor para a articulação entre as concepções teóricas e o exercício da prática médica seria o incentivo de um relato espontâneo, com a coleta de dados mais fidedignos e que traduzissem a real história do paciente e, aí então, o estudante utilizaria seu conhecimento científico para complementação de algum dado de importância não relatado, para formulação da hipótese diagnóstica, e escolha da melhor opção de tratamento.

Nesse estudo em questão, a escolha de dois pacientes não portadores de hérnia inguinal e sim portadores de doenças que constituíam diagnóstico diferencial da hérnia foi proposital, no intuito de favorecer o estudo da articulação entre teoria e prática.

Como foi relatado, nas duas situações de atendimento, os estudantes preocuparam-se, principalmente, na fase inicial da entrevista, em relacionar o abaulamento inguinal e escrotal com situações de esforço físico, o que é característico da manifestação clínica da hérnia inguinal, pois a hipótese diagnóstica de encaminhamento foi a de hérnia inguinal, esquecendo-se de ouvir a história da mãe e do pai e depois afastar ou confirmar o diagnóstico. Isso nos permite concluir que além do estudante partir da "doença" ao invés do 'paciente' para a coleta de informações, também, valorizou o pré-diagnóstico de hérnia, o que pode ter reforçado a atitude demonstrada nas duas situações de atendimento, que foi a de insistir com os pais do paciente na caracterização de sintomas típicos da doença hérnia inguinal, que nenhum dos dois pacientes apresentavam.

Assim, na análise da articulação entre as concepções científicas e a prática médica, ressaltamos o equívoco dos estudantes em partir de seus referenciais científicos, ao invés da história do paciente, para a construção da hipótese diagnóstica, o que nos revela uma preocupação maior com a doença do que com o doente.

Em relação à articulação que o estudante fez entre as concepções teóricas acerca da maneira mais adequada para condução da entrevista e a prática médica, observamos também a não articulação entre concepções teóricas e exercício da prática médica.

As concepções levantadas através do questionário em relação à linguagem que o médico deve utilizar, considerando o nível sócio-econômico-cultural do paciente, demonstraram que a maioria dos estudantes valorizou uma linguagem favorecedora da aproximação entre o médico e o paciente, ou seja, evitar termos técnicos que dificultem o entendimento do paciente e, conseqüentemente, possam ocasionar uma baixa adesão ao tratamento.

Entretanto, na análise das situações de atendimento, pudemos observar equívocos de comunicação, que não favoreceram o estabelecimento de um relacionamento médico-paciente adequado e que poderiam ocasionar a não adesão ao tratamento. Dentre os equívocos dessa comunicação entre o médico e o paciente, observamos a utilização de questões induzidoras, que não incentivaram o relato espontâneo, e que podem ter gerado respostas pouco fidedignas. Outro equívoco se refere à utilização de termos técnicos não favorecedores da comunicação entre os responsáveis pelo paciente e o estudante, o que, também, pode ter gerado respostas não fidedignas.

A análise das concepções dos estudantes, a respeito do papel social do médico demonstrou que os estudantes que participaram do estudo, não tinham o conhecimento deste papel e nem da importância do médico na mudança da realidade social do processo de saúde e doença. A análise das situações de atendimento veio confirmar esses dados acerca da análise das concepções teóricas dos estudantes sobre o papel social do médico. Os estudantes, durante os atendimentos, não valorizaram o contexto social do paciente, pois nenhum dos dois estudantes realizou o mapeamento psico-social do paciente. Uma inferência que pode ser realizada pela análise desta não articulação entre teoria e prática, é o não conhecimento, por parte do estudante, da importância do contexto social do paciente para uma prática médica efetiva e de relevância social.

Em relação às atitudes dos estudantes durante o exame físico, observamos atitudes adequadas, por parte do estudante, somente no atendimento 1. Na situação de atendimento 2, o estudante demonstrou, freqüentemente, atitudes inadequadas, ou seja, não favorecedoras a um vínculo adequado que permita o exame físico para confirmação diagnóstica. Nesse sentido, ressaltamos que embora na análise das concepções teóricas, os estudantes tenham apresentado concepções adequadas no que diz respeito ao exame físico; no atendimento 2, o estudante não foi capaz de articular essas concepções ao exercício da prática (realização do exame físico), aqui também,

observamos equívocos de comunicação, ou seja, o não estabelecimento de um vínculo adequado entre o estudante e o paciente.

Em resumo, os resultados obtidos nos permitiram conhecer as concepções teóricas dos estudantes acerca da prática médica e a articulação dessas concepções com o exercício da prática médica.

Os resultados obtidos na análise das concepções teóricas a respeito da prática médica demonstraram que os estudantes participantes valorizaram os aspectos científicos e os aspectos de comunicação relacionados à prática médica, porém a maioria dos estudantes, que participaram do estudo, demonstraram não ter conhecimento acerca do papel social do médico.

Na análise das situações de atendimento, pudemos observar uma não articulação entre teoria e prática. Concluimos que essa não-articulação foi principalmente por equívocos de comunicação entre o estudante e o paciente, tanto na entrevista como durante o exame físico.

Implicações do estudo

O conhecimento das concepções teóricas dos estudantes a respeito da prática médica e o conhecimento da articulação que os mesmos fazem entre essas concepções teóricas e a prática, apontam para uma abordagem da formação médica, durante o estágio de Cirurgia Pediátrica, que esteja de acordo com a concepção construtivista de Formação Médica.

Em outras palavras, uma abordagem favorecedora da articulação entre os saberes científicos, o contexto social de trabalho e os destinários. Tal articulação passa pela utilização de estratégias inovadoras que privilegiem a reflexão dos envolvidos no processo de formação (principalmente formadores e formandos), partindo do trabalho (situações de prática médica) como objeto de reflexão e investigação, e não dos conteúdos científicos envolvidos na prática médica. Isso significa uma mudança no paradigma de formação. A essa mudança de paradigma de formação, atrela-se uma reorganização estrutural do

contexto de trabalho, que possa permitir a participação de todos os envolvidos no processo de formação, com o intuito de promover a articulação entre a formação e o contexto social de trabalho.

Segundo Canário (1997), a separação entre os saberes escolares e as situações de trabalho resultam em vazio social, ou seja, a formação desvinculada do contexto de trabalho, não considerando os destinatários. O caminho que o autor aponta é a valorização do contexto de trabalho e a utilização de estratégias e práticas de formação que enfatizem a aprendizagem por experiência e o papel de cada ator no processo de formação.

Os resultados do presente estudo revelaram, em última análise, a necessidade de articulação entre os saberes científicos e o contexto social de trabalho, haja visto o vazio social detectado na análise da articulação entre a teoria e prática dos estudantes de Medicina no estágio de Cirurgia Pediátrica. Esse vazio social foi observado principalmente nas concepções inadequadas acerca do papel social do médico, na não-valorização de aspectos psicológicos e sociais no levantamento de dados, durante a entrevista e se tornou explícito na dificuldade de comunicação entre o estudante e o paciente, tanto na entrevista como no exame físico.

8. REFERÊNCIAS

ABREU, W. C. Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In: CANÁRIO, R. (Org.). **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 1997. Cap. 8, p. 147-168.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: limites e possibilidade das propostas de mudança. 1997. 316 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

BARROSO, J. Formação, projecto e desenvolvimento organizacional. In: CANÁRIO, R. (Org.). **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 1997. Cap. 4, p. 61-78.

CACHAPUZ, F. A.; PRAIA, J. F.; JORGE, P. M. Perspectiva de ensino por pesquisa. In: _____. **Perspectivas de ensino**: textos de apoio n. 1. 2.ed. Porto: Centro de Estudos de Educação em Ciência - CEEC, 2001. p 45- 72. (Formação de professores: Ciências).

SILVA, R. F. (Coord.). **Interação comunitária**: IC-1. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2000a. 6 p.

SILVA, R. F. (Coord.). **Interação comunitária**: IC-4: 4ª série - medicina. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2000b. 11 p.

GOMES, C. P. M.; MICHELONE, P. R. T.; UVO, S. A. B. (Coords.). **Habilidades profissionais**: 4ª série - medicina. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 2001. 13 p.



COSTA, M. A. **Formação e prática dos enfermeiros para atendimento das pessoas idosas**: estudo exploratório realizado em instituições que cuidam pessoas idosas. 1994. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 1994 apud CANÁRIO, R. Saúde: a investigação sobre a formação. In: CANÁRIO, R. (Org.). **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 1997. p. 137.

CANÁRIO, R. Formação e mudança no campo de saúde. In: CANÁRIO, R. (Org.). **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 1997. Cap. 7, p. 117-146.

CARRAÇA, I. **Clínicos gerais**: construção de práticas profissionais no contexto dos centros de saúde. 1994. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 1994 apud CANÁRIO, R. Saúde: a investigação sobre a formação. In: CANÁRIO, R. (Org.). **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 1997. p. 138.

SÁ-CHAVES, I. **Formação, conhecimento e supervisão**: contributivos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000. 198 p. (Estudos temáticos)..

LLOYD, D. A.; RINTALA, R. J. Inguinal hernia and hidrocele. In: O'NEILL, J. A.; ROWE, M. I.; GROSFELD, J. L.; FONKALSRUD, E. W.; CORAN, A. G. (Eds.). **Pediatric Surgery**. 5. Ed. St. Louis, Mosby, 1998. Cap. 69, p. 1071-1086.

CUNHA, W. H. A. Alguns princípios de categorização, descrição e análise do comportamento. **Ciência e Cultura**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 15-24, 1976.

D'ESPINEY, L. Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, R. (Org.).

Formação e situações de trabalho. Porto: Porto Editora, 1997. Cap. 9, p. 169-188.

DANNA, M. F.; MATOS, M. A. **Ensinando observação:** uma introdução. 2. ed. São Paulo: Edicon, 1986. 159p.

DELORS, J.; MUFTI, I. A.; AMAGI, I.; CARNEIRO, R.; CHUNG, F.; GEREMEK, B.; GORHAM, W.; KORNHAUSER, A.; MANLEY, M.; QUERO, M. P.; SAVARÉ, M.-A.; SINGH, K.; STAVENHAGEN, R.; SUHR, M. W.; NANZHAO, Z. **Educação:** um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2000. 288p.

DESSEN, M. A. C. Tecnologia de vídeo: registro de interações sociais e cálculos de fidedignidade em estudos observacionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 223-227, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001: institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2002.

DUARTE, C.; VILLANI, V. G. **Construir o conhecimento científico a partir do cotidiano:** um estudo comparado sobre o tema "alimentação humana": o movimento CTS na Península Ibérica. Lisboa: Universidade de Aveiro, 2000.

FAGUNDES, A. J. F. M. **Descrição, definição, e registro do comportamento.** São Paulo: EDICON, 1982.



FUJISAWA, D. S. **Formação acadêmica do fisioterapeuta**: a utilização de jogos e brincadeiras no atendimento de crianças. 2003. 142 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2003.

HODSON, H.; HODSON, J. From constructivism to social constructivism: a Vygotskian perspective on teaching and learning science. **School Science Review**, Hatfield, v. 79, n. 289, p. 33-41, June 1998.

KOMATSU, R. S. **Aprendizagem baseada em problemas**: sensibilizando o olhar para o idoso. Londrina: Rede Unida, 2003. 185 p.

LURIA A. . R. Vigotskii In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 2. Ed. São Paulo: Ícone, 1988. P.25. Ver o autor e título do capítulo

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.). **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: Editora da UEL, 2003. p.11-25.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2., 2004, Bauru. **Anais...** Bauru: Universidade do Sagrado Coração, 2004. p. 58.

LE MOIGNE, J. L. **O construtivismo I**: dos fundamentos. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. 259 p.

MOREIRA, M. A. A teoria da mediação de Vygotsky. In: _____. **Teorias de aprendizagem**. São Paulo: EPU, 1999. Cap. 7, p. 109-122.



CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. Cap. 3, p. 51-66. (Coleção Temas Sociais).

PALMEIRO, M. F. Formação e práticas profissionais dos enfermeiros no contexto de um centro de saúde. 1995. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Coimbra, Coimbra, 1995 apud Canário, R. Saúde: a investigação sobre a formação. In: CANÁRIO, R. (Org.). **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 1997. p. 138.

PERRENOUD, P. Saber refletir sobre a própria prática: objetivo central da formação dos professores? In: _____. **A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica**. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 2, p.47-70.

SANTOS, M. E. V. M. Introdução: co-construção do saber e da cidadania. In: _____. **Desafios pedagógicos para o Século XXI: suas raízes em forças de mudança de natureza científica, tecnológica e social**. Lisboa: Livros Horizonte, 1999. Cap. 1, p. 11-36.

SILVA, F. R. **Prática educativa transformadora: a trajetória da unidade educacional de interação comunitária**. 2000. 143 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TÄHKÄ, V. **O relacionamento médico-paciente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 227p.

VELHOTE, M. C. M. Afecções cirúrgicas da região inguinal. In: MAKSOUD, J. G. **Cirurgia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. V.2, cap.57, p.683-688.



VILLANI, V. G. **A evolução conceitual de alunos submetidos a uma proposta metodológica de ensino, na área das ciências biológica.** 1992. 317 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 1992.



ANEXO A

Quadro da Unidade Educacionais do curso Médico, FAMEMA, Marília, 2000

1ª Série					
Introdução ao estudo da Medicina	Ataque e Defesa	Implicações do Cresc. Celular e Diferenciação	Pele e Tecidos Moles	Locomoção	Sistema nervoso
Interação Comunitária – ICI					
Habilidades Profissionais – HPI					

2ª Série						
Sistema Cardio Vascular	Sistema Respiratório	Sistema Urinário	Sistema Digestório	Sistema Hematológico	Sistema Endócrino-lógico	Eletivo
Interação Comunitária – ICI 2						
Habilidades Profissionais – HPI 2						

3ª Série						
Mente e Cérebros	Prática Baseada em Evidências	Reprodução e Sexualidade	Eletivo	Nascimento Crescimento e Desenv.	Envelhecimento	Introdução às Apresentações Clínicas
Interação Comunitária – ICI 3						
Habilidades Profissionais – HPI 3						

4ª Série						
eletivo	Apres. Clínicas 1	Apres. Clínicas 2	Apres. Clínicas 3	Apres. Clínicas 4	Apres. Clínicas 5	Apres. Clínicas 6
Interação Comunitária – ICI 4						
Habilidades Profissionais – HPI 4						

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO PARA ESTUDANTES DO 5º ANO MÉDICO - FAMEMA**

Prezado estudante, este questionário tem a finalidade de levantar informações a respeito do seu conhecimento sobre a patologia "Hérnia inguinal" e suas implicações sociais no exercício da profissão médica.

O seu empenho em respondê-lo, em muito contribuirá para a adequação do ensino deste tema no Internato, durante o estágio de Cirurgia Pediátrica.

Desde já sinceros agradecimentos..

1. O que você entende por hérnia inguinal ?
2. Qual a etiologia desta patologia?
3. Como tal patologia se manifesta na criança?
4. A hérnia inguinal é uma patologia infantil freqüente?
5. Quais são as queixas mais comuns de crianças ou de suas mães quando a hérnia inguinal é sintomática?
6. Na sua experiência em atendimentos de crianças, a mãe ou criança tiveram dificuldade em narrar seus sintomas?
7. No caso, em que o paciente não narra adequadamente seus sintomas, que procedimentos você poderia utilizar para averiguação do diagnóstico?
8. Como poderia ser feito o exame clínico para a verificação de sintomas sugestivos de hérnia inguinal?
9. Você acredita que possa haver sintomas sugestivos de hérnia inguinal, porém decorrentes de outras patologias? Nesse caso, quais patologias?

10. No caso, de haver mais de uma patologia relacionada com a hérnia inguinal, existe algum modo de diferenciá-las?
11. No caso do diagnóstico ser fechado, qual é o procedimento médico adequado a ser realizado?
12. Que perguntas você faria a mãe de um paciente com suspeita de hérnia inguinal que seriam importantes para compreender melhor a manifestação da doença?
13. Após a confirmação do diagnóstico, qual deve ser o papel do médico em relação às expectativas da mãe e ou do paciente em relação à conduta médica?
14. Você acredita que a linguagem médica possa dificultar o diagnóstico da doença? Por quê?
15. Você considera importante que o médico explique para a criança e familiares o que está acontecendo com ela ? Porque?
16. De que maneira essas explicações podem ser dadas considerando-se o nível sócio-econômico e cultural do paciente?
17. Qual o papel social do médico diante de pacientes de classes sociais desfavorecidas, portadores de hérnia inguinal, após o diagnóstico ou no pós-operatório?
18. Qual o papel social do médico diante de pacientes de classe social alta, portadores de hérnia inguinal, após o diagnóstico ou no pós operatório?
19. Frente à suspeita de hérnia inguinal, qual o esclarecimento que o médico (pediatra/clínico) deve dar aos pais do paciente? Justifique.
20. Qual a conduta que deve ser tomada quando a suspeita de hérnia inguinal é levantada na UBS ou no Pronto-atendimento?
21. A população de nível sócio-econômico alto de Marília, procura o serviço médico visando mais à manutenção da saúde ou a cura de doenças? Justifique suas respostas dando explicações para a realidade observada.

22. A população de nível sócio-econômico baixo de Marília e região procura o serviço médico visando à manutenção da saúde ou a cura de doenças? Justifique a sua resposta.
23. Quais os fatores que influenciam a eficácia do trabalho médico(diagnóstico, tratamento, cuidados pós-operatórios), no atendimento de pacientes de diferentes níveis sócio-econômicos?

FICHA - PESSOAL

- Nome _____
- Idade _____ Sexo F () M ()
- Ano de ingresso no Curso de Medicina _____
- Já estudou este tema anteriormente durante os anos anteriores _____
- Nível de instrução do Pai _____ da Mãe _____ (1º G, 2º G, Superior)
- Profissão que efetivamente exercem:
 - Pai: _____
 - Mãe: _____
- Rendimento da família:
 - Acima de 20 salários mínimos ();
 - Entre 11 e 19 salários mínimos ();
 - Abaixo de 10 salários mínimos ().

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO

PREZADO (a) ESTUDANTE

O presente questionário faz parte dos procedimentos a serem realizados em pesquisa para Tese de Mestrado em Educação. O objetivo geral da pesquisa é intervir na realidade de aprendizagem dos alunos do 5º. Ano médico da Faculdade de Medicina de Marília, no âmbito da disciplina de Cirurgia Pediátrica visando ao favorecimento da construção de algumas das competências médicas que se almeja durante o internato: dentre outras, o diagnóstico e encaminhamento corretos de pacientes portadores de patologias cirúrgicas no caso a 'hérnia inguinal'.

Constituirão instrumentos da pesquisa:

1. análise documental : avaliação da grade curricular
2. aplicação de questionários
3. registros dos atendimentos : com filmagens

Gostaria de esclarecer que ao participante esta garantido o direito de:

1. Receber esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
2. A liberdade de participar ou não do estudo e de retirar-se a qualquer momento sem que isso implique em danos ou advertências ao aluno;
3. A segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação;
4. De conhecer os resultados do estudo quando solicitado;
5. Finalmente é necessário também informar que os dados poderão ser usados para divulgação em eventos médicos ou publicações, estando garantido sempre o anonimato do sujeito da pesquisa.

Marília,dede 2002.

Pesquisador

Participante



APÊNDICE C**TERMO DE CONSENTIMENTO**

PREZADO (A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL

A presente filmagem do seu atendimento faz parte dos procedimentos a serem realizados em pesquisa para Tese de mestrado em Educação que visa uma melhor formação de profissionais de saúde nesse caso, médicos, para o atendimento da população.

Gostaria de esclarecer que ao participante esta garantido o direito de:

1. Receber esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
2. A liberdade de participar ou não do estudo e de retirar-se a qualquer momento;
3. A segurança de que não será identificado;
4. Conhecer os resultados do estudo quando solicitado;
5. A garantia do anonimato do sujeito da pesquisa;
6. Finalmente é necessário também informar que a filmagem poderá ser utilizada para discussão com grupos de alunos do 5º ano médico, no intuito de favorecer a criação de competências e dentre elas a realização de história e exame físico.

Marília, de de 2002.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO

PREZADO (a) ESTUDANTE

A presente filmagem faz parte dos procedimentos a serem realizados em pesquisa para Tese de mestrado em educação. O objetivo geral da pesquisa é intervir na realidade de aprendizagem dos alunos do 5º. Ano médico da Faculdade de Medicina de Marília, no âmbito da disciplina de Cirurgia Pediátrica visando o favorecimento da construção de algumas das competências médicas que se almeja durante o internato: dentre outras o diagnóstico e encaminhamento corretos de pacientes portadores de patologias cirúrgicas no caso a "hérnia inguinal".

Constituirão instrumentos da pesquisa:

1. análise documental : avaliação da grade curricular
2. aplicação de questionários
3. registros dos atendimentos : com filmagens

Gostaria de esclarecer que ao participante está garantido o direito de:

1. Receber esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
2. A liberdade de participar ou não do estudo e de retirar-se a qualquer momento, sem que isso implique em danos ou advertências ao aluno;
3. A segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação de conhecer os resultados do estudo quando solicitado;
4. Finalmente é necessário também informar que os dados poderão ser usados para divulgação em eventos médicos ou publicações, estando garantido sempre o anonimato do sujeito da pesquisa.

Marília,dede 2002.

Participante

Pesquisador



Apêndice 5



FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

Marília, 02 de maio de 2002.

Ilma Sr.ª

Drª Adriana Porto Nunes

Marília/SP.

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, analisou em Reunião de 29/04/2002 o protocolo de estudo nº 084/02, intitulado: "Ensino-Aprendizagem em Situação de Estágio e Trabalho Médico: um estudo de caso", considerou **APROVADO**, de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente.



Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

Av. Monte Carmelo, 800 - Marília - S.P. - CEP: 17.519-030
Fone: (014) 421 1827 - E-mail: dirpos@famema.br

