

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
DOUTORADO

000 009 555

OPINIÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA E MÉDICOS  
SOBRE SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: IMPLICAÇÕES  
PARA UMA EDUCAÇÃO MÉDICA

TESE DE DOUTORADO

Claus Dieter Stobäus

Porto Alegre, março de 1989

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

OPINIÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA E MÉDICOS  
SOBRE SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: IMPLICAÇÕES  
PARA UMA EDUCAÇÃO MÉDICA

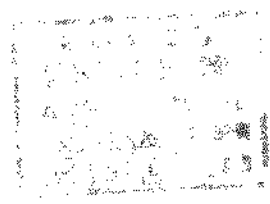
TESE DE DOUTORADO

Claus Dieter Stobäus

Prof. da PUCRS

Mestre em Educação

Médico



Porto Alegre, março de 1989

**COMISSÃO DE ORIENTAÇÃO**

**ORIENTADOR**

---

**Dr. Juan José Mouriño Mosquera**  
Prof. Titular da UFRGS  
Prof. Titular da PUCRS

**CO-ORIENTADORES**

---

**Dra. Angela Maria Brasil Biaggio**  
Prof. Titular da UFRGS

---

**Dra. Lucila Costi Santarosa**  
Prof. Titular da UFRGS

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Dr. Juan José Mouriño Mosquera  
Orientador

---

Dr. Nilton Bueno Fischer  
Examinador

---

Dra. Semiramis Tanhauser  
Examinadora

---

Dr. Eduardo Henrique de Rose  
Examinador

S863o Stobhus, Claus Dieter.

Opiniões dos estudantes de Medicina e médicos sobre sua formação profissional : implicações para uma Educação Médica / Claus Dieter Stobhus. - Porto Alegre : Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, 1989.

429 f.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CDU: 37:61:331.86(049.3)  
 61:37:331.86(049.3)  
 331.86(049.3):37:61  
 378.241.046.2:61(049.3)-057.875:614.23  
 61(049.3)-057.875:614.23:378.241.046.2  
 303.424:301.151  
 301.151:303.424  
 159.922.62



ÍNDICES ALFABÉTICOS PARA O CATÁLOGO SISTEMÁTICO

Educação Médica: Formação profissional: Opiniões  
 37:61:331.86(049.3)

Medicina: Educação: Formação profissional: Opiniões  
 61:37:331.86(049.3)

Formação profissional: Opiniões: Educação Médica  
 331.86(049.3):37:61

Opiniões: Formação profissional: Educação Médica  
 331.86(049.3):37:61

Curso de graduação em Medicina: Opiniões de estudantes e médicos  
 378.241.046.2:61(049.3)-057.875:614.23

Medicina: Curso de graduação: Opiniões de estudantes e médicos  
 61(049.3)-057.875:614.23:378.241.046.2

Opiniões de estudantes e médicos: Medicina: Curso de graduação  
 61(049.3)-057.875:614.23:378.241.046.2

Estudantes e médicos: Opiniões: Medicina: Curso de graduação  
 61(049.3)-057.875:614.23:378.241.046.2

Pesquisa institucional: Psicologia social  
 303.424:301.151

Psicologia social: Pesquisa institucional  
 301.151:303.424

Psicologia do adulto  
 159.922.62

Adulto: Psicologia  
 159.922.62

Bibliotecária responsável:

Iara Ferreira de Macedo, CRB-10/430

## DEDICATÓRIA

A geratividade significa cuidado e atendimento de tal modo que adultos podem ser gerativos cuidando de outros adultos. Pode-se assinalar o médico, o psicoterapeuta e o professor como casos típicos de geratividade.

Um outro enfoque sobre **geratividade** consiste no sentido de descobrir coisas que beneficiem a outras pessoas.

As pessoas criadoras têm capacidade de dar significado e sentido a muitos aspectos da vida e são férteis e prolíficas quando estruturam idéias ou as desenvolvem em produtos e obras que vão beneficiar a humanidade.

Todas estas funções, na medida em que influem na geração seguinte, impõem responsabilidade social à pessoa gerativa.

Como já foi dito, a **geratividade** significa algo mais que um simples produzir ou cuidar de algo. No seu sentido mais profundo temos a aceitação da responsabilidade pela existência do produzido e a influência que se exerce sobre as outras pessoas.

(in MOSQUERA, Juan J.M. Vida Adulta. 3ed. Porto Alegre, Sulina, 1987, p.98-9).

PARA TI, MOSQUERA, EXEMPLO CLARO DE PESSOA GERATIVA,  
UM MENTOR.

Claus Stobäus

## AGRADECIMENTOS

Esta Tese de Doutorado contou com o apoio e a contribuição de muitas pessoas, a todas agradecemos. Cabe destacar, entre elas:

Dras. Angela Brasil Biaggio e Lucila Costi Santarosa, minhas coorientadoras e amigas, pelo auxílio e estímulo.

Dr. Nilton Bueno Fischer, coordenador do Curso de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, pelas gentilezas e atenções recebidas.

Dra. Maria Emília do Amaral Engers, prezada amiga, pela sua inestimável ajuda e apoio acadêmico, na função de coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Educação da PUCRS.

Prof. Magda Vianna de Souza, gentil e eficiente na sua contribuição na programação para o computador.

A Reitoria da PUCRS, na pessoa do seu Pró-reitor de Administração, prof. Antonio Bianchi, pelo irrestrito apoio institucional.

O CPD da PUCRS, especialmente na pessoa do Sr. Dani-  
cio Shaurich, pela presteza e boa vontade no processamento dos dados.

Os médicos Waldomiro Manfroi, Samuel Constant, Heitor Cirne Lima, Claudio Franzen, Flavio De Agosto e Gerda Caleffi, pela amabilidade, cortesia e excelentes informações prestadas.

A Universidad Católica del Uruguay, nas pessoas do seu Reitor, P. José Squadroni S.J., seu Vice-reitor de Orientação Educativa, Lic. José Francisco Arrondo S.J. e aos professores Maria Camino Trapero, Blanca de los Santos e Maria de la Concepción Artola, pelo estímulo e confiança sempre presentes.

Os amigos Bernabé, Manuela e Claudia Miguez, com muito carinho.

Os meus queridos pais Otto e Edith, que sempre têm estimulado a minha carreira e depositado em mim confiança e profundo afeto.

O sr. Mendel Aronis, sempre atencioso, solícito e excelente no seu trabalho, especialmente um amigo.

Os sujeitos desta pesquisa, professores e alunos dos Cursos de Medicina, de Graduação e Pós-Graduação da UFRGS, PUCRS, FFFCMPA, pela sua colaboração universitária.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	
LISTA DE QUADROS .....	fi
LISTA DE FIGURAS .....	iii
LISTA DE TABELAS .....	iv
RESUMO .....	vi
ABSTRACT .....	vii
RESUMEN .....	viii
INTRODUÇÃO .....	1
PRIMEIRA PARTE - REFERENCIAL TEÓRICO .....	10
CAPÍTULO 1 - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DOS ESTUDANTES DE MEDICINA E MÉDICOS .....	11
CAPÍTULO 2 - ESTUDO DE OPINIÕES: SEU SIGNIFICADO E VALIDADE .....	34
CAPÍTULO 3 - A MEDICINA E SEU CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO, IDEOLÓGICO E DA PRAXIS .....	54
CAPÍTULO 4 - A EDUCAÇÃO MÉDICA: TRADIÇÃO VERSUS INOVAÇÃO NA FORMAÇÃO DO MÉDICO E NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO .....	73
SEGUNDA PARTE - INVESTIGAÇÃO .....	96
CAPÍTULO 5 - ÁREA TEMÁTICA E QUESTÕES DE PESQUISA ..	99
CAPÍTULO 6 - DEFINIÇÃO DE TERMOS E CAMPO DE AÇÃO ...	108
CAPÍTULO 7 - PROCEDIMENTOS E DELINEAMENTO .....	114
CAPÍTULO 8 - POPULAÇÃO E AMOSTRA; INSTRUMENTOS .....	120
CAPÍTULO 9 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: RESPOS- TAS AOS QUESTIONÁRIOS E FICHAS INFOR- MATIVAS DOS ESTUDANTES .....	132
CAPÍTULO 10- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: RESPOS- TAS AOS QUESTIONÁRIOS E FICHAS INFOR- MATIVAS DOS MÉDICOS .....	195
CAPÍTULO 11- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: ENTRE- VISTAS .....	248
CAPÍTULO 12- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: LEITU- RA CURRICULAR .....	294
CAPÍTULO 13- CONCLUSÕES GERAIS E RECOMENDAÇÕES PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA .....	316
BIBLIOGRAFIA .....	342
ANEXOS .....	355
LISTA DE ANEXOS .....	356



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - AMOSTRA .....	124
QUADRO 2 - SUBGRUPOS DA AMOSTRA .....	135
QUADRO-SÍNTESE A: ENTREVISTA - UFRGS .....	264
QUADRO-SÍNTESE B: ENTREVISTA - PUCRS .....	269
QUADRO-SÍNTESE C: ENTREVISTA - FFFCMPA .....	275
QUADRO-SÍNTESE D: ENTREVISTA - CREMERS .....	281
QUADRO-SÍNTESE E: ENTREVISTA - SIMERS .....	286
QUADRO-SÍNTESE F: ENTREVISTA - AMRIGS .....	291
QUADRO-SÍNTESE G: TÁBUA CURRICULAR - UFRGS .....	309
QUADRO-SÍNTESE H: TÁBUA CURRICULAR - PUCRS .....	311
QUADRO-SÍNTESE I: TÁBUA CURRICULAR - FFFCMPA .....	313
QUADRO-SÍNTESE DAS TÁBUAS CURRICULARES .....	317

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - RELAÇÕES DO MARCO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO MÉDICA .....	83
FIGURA 2 - RECOMENDAÇÕES PARA UMA EDUCAÇÃO MÉDICA ....	339

## LISTA DE TABELAS

TABELA A1	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE O SEU CURSO DE GRADUAÇÃO (ALUNOS DE 3º ANO) .....	136
TABELA A2	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE SEUS PROFESSORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO (3º ANO) .....	141
TABELA A3	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE UM MELHOR PROFESSOR DO CURSO DE GRADUAÇÃO (3º ANO) ....	145
TABELA A4	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE UM MELHOR MÉDICO (3º ANO) .....	150
TABELA A5	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE A RESPONSABILIDADE SOCIAL (3º ANO) .....	153
TABELA A6	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE O DESEMPENHO MÉDICO (3º ANO) .....	157
TABELA A7	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE A PERSONALIDADE ADULTA (3º ANO) .....	160
TABELA B1	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE SEU CURSO DE GRADUAÇÃO (ALUNOS DE 6º ANO) .....	164
TABELA B2	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE SEUS PROFESSORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO (6º ANO) .....	167
TABELA B3	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE UM MELHOR PROFESSOR DO CURSO DE GRADUAÇÃO (6º ANO) ....	171
TABELA B4	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE UM MELHOR MÉDICO (6º ANO) .....	174
TABELA B5	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE A RESPONSABILIDADE SOCIAL (6º ANO) .....	177
TABELA B6	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE O DESEMPENHO MÉDICO (6º ANO) .....	179
TABELA B7	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE A PERSONALIDADE ADULTA (6º ANO) .....	181
TABELA C1	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE O SEU CURSO DE GRADUAÇÃO (ALUNOS DE PG) .....	197
TABELA C2	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE SEUS PROFESSORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO (PG) .....	201
TABELA C3	- MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE UM MELHOR PROFESSOR DO CURSO DE GRADUAÇÃO (PG) .....	204

TABELA C4 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE UM MELHOR MÉ- DICO (PG) .....	206
TABELA C5 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE A RESPONSABILIDADE SOCIAL (PG) .....	209
TABELA C6 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE O DESEMPENHO MÉDICO (PG) .....	211
TABELA C7 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE A PERSONALIDADE ADULTA (PG) .....	213
TABELA D1 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE O SEU CURSO DE GRADUAÇÃO (PROFESSORES) .....	217
TABELA D2 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE SEUS PROFESSORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO (PROFESSORES) ..	221
TABELA D3 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE UM MELHOR PROFESSOR DO CURSO DE GRADUAÇÃO (PROFESSORES)	224
TABELA D4 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE UM MELHOR MÉ- DICO (PROFESSORES) .....	227
TABELA D5 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE A RESPONSABILIDADE SOCIAL (PROFESSORES) .....	230
TABELA D6 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE O DESEMPENHO MÉDICO (PROFESSORES) .....	232
TABELA D7 - MÉDIAS DAS OPINIÕES SOBRE A PERSONALIDADE ADULTA (PROFESSORES) .....	234

## RESUMO

Opiniões dos estudantes de Medicina e médicos sobre sua formação profissional: implicações para uma Educação Médica é um **levantamento de campo**, que pretendeu visualizar as opiniões expressas sobre o curso de graduação, os professores deste curso de graduação, os melhores professores de um curso de graduação, um melhor médico, a responsabilidade social, o desempenho médico e a personalidade adulta.

A amostra foi retirada de uma população de alunos (do terceiro ano, do sexto ano e de pós-graduação) e de professores nas Faculdades de Medicina de Porto Alegre (UFRGS, PUCRS e FFFCMPA). Intencionalmente foram entrevistados os diretores das Faculdades e os dirigentes das Associações de Classe (CREMERS, SIMERS e AMRIGS).

Os sujeitos desta investigação foram 548 questionados e 6 entrevistados.

Utilizou-se como instrumentos um Questionário de Opiniões, elaborado expressamente para esta pesquisa, que teve um índice de fidedignidade de 0,83, Fichas Informativas para alunos e médicos e um Roteiro de Entrevista.

Os resultados do questionário evidenciaram que há necessidade de se refletir e rever a formação e atuação do médico nos seus diferentes aspectos, sendo que as opiniões foram bastante semelhantes, de forma geral, havendo diferenças entre os diversos grupos e pessoas. Nas relações entre as opiniões e as características pessoais informadas houve alguns dados significativos.

As entrevistas evidenciaram resultados bastante semelhantes, porém os diretores das Faculdades colocaram uma visão mais **interna** (formação → exercício profissional), enquanto que os dirigentes das Associações situaram mais uma visão **externa** (exercício profissional → formação).

Uma **leitura curricular tópica** tentou complementar os dados analisados.

Recomenda-se uma Educação Médica mais crítica, fundamentada na totalidade do ser humano, contextualizada na cultura, com ênfase no desenvolvimento pessoal e social e com uma visão prospectiva, na qual a **promoção de uma Educação para a Saúde** seja o objetivo fundamental.

## ABSTRACT

Medical students' and medical doctors' opinions about their professional training: Implications for Medical Education is a **field study** that intended to visualize the opinions expressed about the undergraduate program, the faculty, the best faculty, the best medical doctor, social responsibility, medical performance, and adult personality.

The sample came from a population of students (from the third and sixth years and graduate students) and of faculty from the Schools of Medicine of Porto Alegre (UFRGS, PUCRS, and FFFCMPA). The directors of Schools and the presidents of Class Associations (CREMERS, SIMERS and AMRIGS) were interviewed intentionally.

The subjects of this study were 548 who answered the questionnaire plus six who were interviewed.

The instruments were an Opinion Questionnaire, elaborated specifically for this research study, which had a reliability index of .83; an Information Card for students and medical doctors; and an Interview Schedule.

The results on the questionnaire revealed that there is a need to think and revise the training and performance of the medical doctor in its different aspects. The opinions were quite similar in a general way, and there were differences between the various groups and persons. Regarding relationships between opinions and personal characteristics informed, there were some significant data.

The interviews showed quite similar results, but the directors of the Schools of Medicine presented a more **internal** view (training → professional performance) where as the presidents of associations revealed a more **external** view (professional performance → training).

A **topic curriculum examination** tried to supplement the data analysed.

It is recommended a more critical Medical Education, founded on the totality of the human being, with emphasis on personal and social development, and with a prospective view, in which the **promotion of a Health Education**, is the fundamental objective.

## RESUMEN

Opiniones de estudiantes de Medicina y médicos sobre su formación profesional: Implicaciones para una Educación Médica es un **estudio de campo** que pretendió visualizar las opiniones expresadas sobre el curso de graduación, los profesores de este curso de graduación, los mejores profesores de un curso de graduación, un mejor médico, la responsabilidad social, el desempeño médico y la personalidad adulta.

La muestra fue seleccionada de una población de alumnos (del tercer año, del sexto año y del post-grado) y de profesores en las Facultades de Medicina de Porto Alegre (UFRGS, PUCRS y FFFCMPA). Intencionalmente fueron entrevistados los directores de las Facultades y los dirigentes de las Asociaciones de Clase (CREMERS, SIMERS y AMRIGS).

Los sujetos de esta investigación fueron 548 encuestados y 6 entrevistados. Se utilizaron como instrumentos un Cuestionario de Opiniones, elaborado expresamente para este trabajo, que obtuvo una confiabilidad de 0,83, Fichas Informativas para alumnos y médicos y un Guía de Entrevista.

Los cuestionarios evidenciaron que existe necesidad de reflexionar y revisar la formación y actuación del médico en sus diferentes aspectos; las opiniones fueron bastante semejantes de manera general, habiendo diferencias entre los diversos grupos y personas. Ya en las relaciones entre las opiniones y las características personales informadas hubo algunos datos significativos.

Las entrevistas evidenciaron resultados bastante semejantes, pero los directores de las Facultades situaron una visión más **interna** (formación → ejercicio profesional), mientras que los dirigentes de las Asociaciones situaron más una visión **externa** (ejercicio profesional → formación).

Una **lectura curricular tópica** intentó complementar los datos analizados.

Se recomienda una Educación Médica más crítica, fundamentada en la totalidad del ser humano, contextualizada en la cultura, con énfasis en el desarrollo personal y social y con una visión prospectiva, en la cuál la **promoción de una Educación para la Salud** sea el objetivo fundamental.

## I N T R O D U Ç Ã O



Vivemos uma época de desafios e mudanças sem precedentes, em todos os setores da vida humana, desde o cotidiano até a formação profissional e com repercussões nas grandes áreas do conhecimento e da prática. Por outro lado, o avanço da Ciência, da Tecnologia e as Ideologias sócio-políticas contribuem para o aumento da ambigüidade e da incerteza contínuas, o que provoca uma alteração de valores, que se reflete nas formas de agir e pensar.

Os países do Terceiro Mundo são, sem dúvida, os mais afetados pelas grandes problemáticas, especialmente no que diz respeito à justiça social, à saúde e à educação, evidenciando-se isto em contextos sociais afetados pela transitoriedade e a clara luta pelo poder hegemônico.

Os dilemas que as sociedades em transformação defrontam são de extraordinária gravidade e os desequilíbrios tornam-se patentes quando percebemos o crescimento geométrico da população, da miséria, das carências de condições de vida e, especialmente, dos privilégios de elites dominantes. Todos estes fatores, queiramos ou não, são precipitadores e agravam ainda mais as situações já crônicas na sua injustiça social. Por isto cabe revisar a formação profissional de aqueles que, de algum modo, respondem direta ou indiretamente pelos dilemas sociais e tentam achar soluções viáveis para eles. Isto quer dizer que a educação formal se encontra em um grave dilema, pois deve, ao mesmo tempo, atender às situações emergentes; procurando cada vez mais uma qualidade relevante que se tornou um verdadeiro problema, e dar significado ao desenvolvimento social dialeticamente contextualizado.

Deste modo, realizar uma análise sobre o que represen-

ta a Saúde e a Educação nos países dependentes é de fundamental relevância e de inquestionável urgência. Sabemos muito bem que a Educação e a Saúde podem tornar-se instrumentos de um processo de dominação cultural e, portanto, detentoras de uma elite ou elites que as manipulam a seu bel prazer. Por outro lado, o processo social, que é de natureza predominantemente dependente em nossos países, se tem caracterizado pela inércia ou resistência à mudança, que é uma expressão fundamental de uma atitude conservadora, a qual prevalece no **status quo** consolidado. Os grupos de pressão chamados de progressistas também parecem não oferecer perspectivas de real avanço crítico, dado que seu desempenho evidencia principalmente uma preocupação pela tomada do poder.

Assim, cabe questionar qual a formação dos médicos, para poder entender com clareza o papel da Medicina, isto é, o discurso formal da mesma, e compará-lo com os grandes dilemas, para que nos possa levar a uma práxis mais realista e, especialmente, mais justa. Preocupa-nos, ainda, o como a Medicina é vista em contextos sócio-políticos conflitantes e como a formação do médico pode ser desvelada nestas situações de luta de interesses.

É evidente que há uma grande desigualdade entre aquilo que é necessário para atender à Saúde de grandes populações e aquilo que é levado a efeito na preparação do profissional.

O problema se constitui em algo de extrema gravidade, que pode ser compreendido como um dilema proveniente de uma situação na qual a evolução social está caracterizada por persistentes desigualdades.

O nosso propósito é realmente conhecer quais as odi-

niões que os profissionais da medicina ou os que se preparam para a mesma têm sobre a sua formação e se se apercebem do discurso manifesto e oculto da própria Medicina, em uma sociedade em transição e **em desenvolvimento**.

Como podemos perceber, a Medicina se constitui hoje em uma área de conhecimento e ação humanas de singular importância, não apenas pelos aspectos efetivos mas principalmente os simbólicos, que envolvem, sem dúvida alguma, o poder e a dominação, bem como a preocupação e o interesse, por parte da classe médica, de alcançar e manter uma vida melhor, em uma sociedade competitiva e marcada pelos aspectos econômicos.

Não nos é desconhecida a relevante intromissão do Estado no campo médico, o que tem tornado a Medicina uma forma de manipulação de profissionais e, especialmente, das próprias camadas populacionais mais carentes, isto se evidencia na tentativa de diluir a consciência crítica dos médicos, tornando-os servidores estatais sem análise crítica de qual o real papel social que o médico deve assumir, na dialética saúde-fermidade.

Deste modo, Educação Médica é hoje contemplada com singular relevância, não implica apenas em uma formação profissional formal mas no estudo acurado das dimensões sociais, políticas, ideológicas e psicológicas do próprio médico como ser humano e como profissional, salientando aqui a importância de **Conhecimento** que este profissional pode propiciar sobre Saúde, seu significado, prevenção e manutenção. Como salienta com perspicácia Tähkä (1988), a Medicina tende a se transformar em uma visão abrangente do ser humano, através da qual não apenas o enfoque dado pelas ciências naturais é relevante, mas

os fatores sociais e psicológicos se tornaram de vital importância; acrescentaríamos a isto a dimensão política contextualizada, que faz com que a Educação Médica tenha um singular sentido dialético, que une ao conhecimento tradicional, típico desta área do saber, a sensibilidade psicossocial e a responsabilidade política, contextualizadas em um Ensino Crítico.

Olhada desta forma, a Educação Médica passa a ter uma capital importância, pois representa uma profunda possibilidade de renovação nas atitudes e nas ações que deverão conduzir ao processo de mudança nas sociedades dependentes, através dos profissionais de área da saúde, bem mais conscientes e críticos de seu saber e de sua responsabilidade.

Esta Tese de Doutorado, portanto, pretende investigar as opiniões de estudantes de medicina e médicos sobre sua formação profissional para, através destes dados, tentar sugerir dimensões inovadoras para uma Educação Médica mais desafiadora e atuante.

Creemos que é importante conhecer, tanto teórica como praticamente, as características psicossociais dos estudantes de medicina e dos médicos, bem como a formulação das suas opiniões e o que, através delas, pode ser interpretado e revelado. Isto constitui a substância dinâmica do processo de investigação que foi levado a efeito na nossa realidade.

Por outro lado, em uma diferente dimensão complementar, cabe ter em mente o significado da Medicina, através do tempo e do espaço, especialmente na América Latina e em nosso país. Decorrente desta análise, tentamos compreender a Educação Médica na sua tradição e o que propiciou, bem como o que

pode ser feito através de reais inovações que podem ser levada a efeito em um processo de conscientização, na formação e exercício profissionais.

A Tese tem um sentido tríplice, em primeiro lugar detectar, de forma descritiva, um conhecimento de opiniões que, no fundo, revelam atitudes e sentimentos. Em segundo lugar, fazer uma interpretação (qualitativa) que revele valores e posições ante situações-problema de representatividade do significado da medicina e da função social do médico. Em terceiro lugar, realizar uma discussão de cunho dialético que possibilite a compreensão de uma Educação Médica mais aberta a problemas sócio-culturais e com abrangência para a Atenção Primária em Saúde.

Queremos ainda manifestar, como médico e educador, a necessidade de uma profunda reforma que deve ser levada a efeito, não apenas em Hospitais ou Postos de Saúde da periferia urbana, mas especialmente na reformulação de currículos universitários, de procedimentos de ensino e de práticas médicas voltadas para a consciência de uma Educação para a Saúde, que se fundamente no respeito dos seres humanos, como portadores de direitos inalienáveis como o são a vida, o trabalho, a educação e a saúde.

Este trabalho apresenta um referencial teórico que tenta justificar o problema proposto, dando especial ênfase ao nosso quadro cultural. Ainda descreve a metodologia a ser utilizada, como algo aberto e flexível, envolvendo os tríplices aspectos já apontados. O desenvolvimento da investigação, com sua conseqüente coleta e análise de dados, possibilita uma visão de nossa realidade, provocando constatações e inferências

possíveis para uma Educação Médica que, no nosso entender, poderá e deverá, sem dúvida, ser levada a efeito de maneira crítica e intencional.

Como educador e médico, pudemos perceber a importância que tem a aproximação necessária destes dois campos do saber e da ação humana, levando-nos a entender que o conhecimento só tem sentido na medida em que penetramos no contexto social e tentamos entender melhor as opiniões, expectativas e interesses das pessoas. Isto, sem dúvida, possibilita um primeiro passo corajoso para podermos mudar.

**PRIMEIRA PARTE**

Esta primeira parte da Tese consiste em uma revisão de bibliografia que aborda os principais tópicos que servem de base à área temática desta investigação, bem como subsídios para entender os dados coletados, com suas evidências e possíveis interpretações.

O primeiro capítulo trata das características psicossociais dos estudantes de Medicina e médicos, procurando fazer uma análise documentada sobre a problemática da Vida Adulta, já que os sujeitos desta investigação estão em diferentes fases desta etapa da vida.

O capítulo dois trata do estudo das opiniões, procurando compreender, de modo mais claro, o que as mesmas significam e que posição poderíamos assumir ante temática tão complexa e desafiadora.

A Medicina e seu contexto histórico, político, ideológico e prático está analisada no capítulo três, procurando formar elementos que documentem toda a Tese e, ao mesmo tempo, levantem dúvidas numa salutar dialética.

O último tópico do referencial teórico, o capítulo quatro, trata sobre a Educação Médica: Tradição versus inovação na formação do médico e no exercício da profissão, o qual se constitui no fundamento mais específico para iluminar toda a Tese. Se enfatiza neste estudo a situação da Educação Médica, principalmente na América Latina e no Brasil.

É importante esclarecer que o referencial teórico não é uma parte isolada do resto da Tese, perpassa todos os momentos do trabalho e se enfatiza em qualquer capítulo, quando necessário e, especialmente, ante a análise dos dados e as evi-



**PRIMEIRA PARTE**

**REFERENCIAL TEÓRICO**

**CAPÍTULO 1**

**CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DOS ESTUDANTES  
DE MEDICINA E MÉDICOS**

Na tentativa de conhecer melhor o que representa a formação médica, temos como obrigação fundamental a procura de maiores esclarecimentos a respeito das pessoas que procuram ser médicos e se realizar nesta profissão. É importante salientar que, na investigação que realizamos, as pessoas que foram investigadas se encontram na chamada Vida Adulta, em uma abrangência de idades que vai desde o Adulto Jovem até o Adulto Velho. Obviamente as características psicológicas e sociais são, nestas pessoas, bem diferentes e desafiadoras, embora possam apresentar aspectos gerais razoavelmente comuns, cuja importância cabe destacar para melhor se compreender o tema em estudo.

Sabemos que a Vida Adulta é um campo de estudo e investigação bastante recente, tendo iniciado na década de 60, que está tentando aportar conhecimentos relevantes e especialmente substanciais sobre o ser humano, na maior parte de sua existência, algo que não era de interesse há algumas décadas atrás. Sabemos que a cada época histórica corresponde um centro de interesse e que este determina a preocupação por novos conhecimentos, atitudes e valores. O histórico da vida adulta é bastante esclarecedor pois determina, com bastante nitidez, aspectos de desenvolvimento sócio-cultural que nos esclarecem a respeito das transformações e ideários vividos pelas sociedades.

Houve um momento crucial em que o estudo da criança começou a ser muito relevante, posto em andamento pela obra de Jean Jacques Rousseau, denominada Emilio ou de Educação, ainda no século XXVIII. A partir daí a infância passou a ser um campo de estudo e conhecimento bastante peculiar. A adoles-

cência também teve o seu momento importante de **descobrimen-**to, quando Stanley Hall abre as perspectivas de uma dimensão peculiar da vida, com seus problemas e caracterizações, no começo deste século.

É evidente que o estudo do adulto não poderia deixar de ser abordado e, desde as transformações sociais, políticas e econômicas acontecidas durante o século XIX até aquelas acontecidas no século XX, nos encontramos com esta nova e desafiadora temática, em permanente desafio e investigação.

As duas grandes guerras, circundadas das guerras menores bem como a libertação da mulher, a luta pelos direitos humanos e os problemas existenciais colocados publicamente, abriram a perspectiva de que a idade adulta não constitui um espaço caracterizado pela tranqüilidade, ocasionalmente entremeadado de mudanças, porém se trata de uma época na qual a mudança é contínua, com uma pausa ocasional de interlúdios de quietude, segundo Pearlim (in Smelser et Erikson, 1983).

Para Mosquera (1988a) o histórico mais significativo da Vida Adulta acontece a partir, realmente, da década de 60, quando as grandes revoluções em termos de mudança de papéis, movimentos sociais e consciência crítica começam a acontecer mais intensamente, o que, de certo modo, evidencia a ruptura da classe burguesa e das suas elaboradas dimensões de poder e representatividade. Sem dúvida os adultos não são os mesmos ao evidenciar que não são mais onipotentes nem oniscientes e se encontram sujeitos a conflitos extremamente agudos e especialmente carentes de uma educação psicológica que os ajude a entender a problemática de suas vidas.

A isto se unem o sofrimento e as enormes responsabili-

dades, marcadas pelo trabalho e pela luta pela competência e desempenho social.

A Vida Adulta, segundo Mosquera (1987) abrange a maior parte da vida humana, tanto no que diz respeito às suas dimensões cronológicas, quanto psicológicas, culturais e, especialmente, sociais.

Sabemos que é na Vida Adulta que os eventos mais significativos se fazem sentir e onde também os comportamentos adultos servem para influenciar e alterar situações no intercâmbio geracional.

No momento atual não se discute mais a relevância dos anos da Vida Adulta, cremos que o seu estudo dá sentido e valor ao conhecimento das profissões e o que elas representam nas sociedades, sendo que, em países em desenvolvimento, este conhecimento, além de fundamental, é significativo pelas repercussões sócio-políticas que pode vir a aportar.

Por isto é do nosso interesse trabalhar algumas conceituações que podem nos esclarecer para o tema que nos propomos a aprofundar. Realmente não é possível entender, de maneira mais aprofundada e crítica, a problemática da formação profissional do médico se não nos apercebermos do quanto é importante o reconhecimento da dinâmica da Vida Adulta no que ela representa na sua configuração psicológica, sociológica, política e cultural. Smelser (in Smelser et Erikson, 1983), chama a atenção sobre os questionamentos fundamentais que levariam a meditar sobre a relevância da compreensão personalógica adulta, contextualizando-a em uma sociedade em desenvolvimento. Estes questionamentos podem ser assim sintetizados:

- \* Quais são as características gerais dos processos que transcorrem durante este período? Existe algum padrão especial acumulativo ou evolutivo?
- \* É possível identificar certas regularidades evolutivas que persistem apesar de experiências vitais divergentes e histórias de vida idiossincráticas?
- \* É possível considerar os padrões evolutivos como etapas distintas?
- \* Que dimensões caracterizariam estas possíveis etapas?
- \* Se o caráter do desenvolvimento adulto não é concebido como acumulativo ou como evolução sujeita a padrões, quais seriam os padrões realmente determinantes da vida adulta? Tem mais influência os processos fisiológicos, que incidência tem as agências sociológicas na determinação do papel adulto? Que sentido apresenta a mudança psicológica?
- \* Os processos de mudança da vida adulta podem ser considerados como algo que põe em jogo o crescimento, o estancamento, o declínio, a falta de direção ou orientação ou talvez alguma combinação destes fatores?
- \* É possível avaliar as experiências da vida adulta? Existe alguma possibilidade de tentar entender os perfis psicológicos ou sócio-culturais?

Estas questões expostas por Smelser nos levam a entender a dificuldade da compreensão linear do estudo da Vida Adulta, já que ela está extremamente ligada a uma contextualização crítica que depende de classe social, momento histórico e histórias de vida.

Neste sentido, como muito bem aponta Mosquera (1988a), é necessário entender que a vida adulta deve ser compreendida,

como aponta Nelson (1983), na convergência do pensamento fenomenológico e dialético. Assim, para o referido autor, os estudos de vida adulta exigem uma compreensão dinâmica contextualizada, o que representa uma extraordinária dimensão interdisciplinária, na qual está presente uma tendência à compreensão da totalidade na particularidade.

Hultsch et Deutsch (1981) encaram a Vida Adulta desde o ponto de vista de desenvolvimento contínuo, ou Ciclo Vital, apontando que sempre ocorrem mudanças desde a concepção até a morte e que o comportamento humano é um processo de câmbios que nos evidenciam que a existência é uma dinâmica tão significativa e necessária que, em si mesma, provoca a dinâmica da mudança social, bem como esta também age dialeticamente com a própria pessoa. Estes autores, intimamente ligados ao novo enfoque do Ciclo Vital, se aproximam dos questionamentos de Smelser e tentam oferecer uma visão crítica da personalidade humana, considerando como ponto fundamental o desenvolvimento contínuo, desde uma perspectiva de inacabamento, extremamente ligada às concepções existencialistas, a partir do trabalho de Nietzsche (in Janz, 1985).

A dimensão dialética da personalidade foi trabalhada especialmente por Riegel (1973, 1975a e b.1976 e 1977), que relaciona de forma significativa as mudanças pessoais com as influências contextuais. Todo trabalho deste autor pressupõe um percurso curto mas brilhante, partindo da dimensão hegeliana de concepção de mundo, espaço, tempo e pessoa, bem como do desenvolvimento do conhecimento humano em um contínuo transformador. Os artigos de Riegel nos oferecem elementos extremamente inovadores no que diz respeito à concepção de desen-

volvimento, bem como a uma metodologia muito mais rica e fundamentada em um conhecimento dinâmico não somente racionalizado. Por outro lado, Riegel soube estabelecer dimensões desafiadoras ao considerar a necessidade de entender a história humana ligada a ideologias, fatos históricos e condicionamentos econômicos.

O nosso posicionamento se inclina ante as idéias de Riegel, que propiciam o avanço nas teorias sobre o desenvolvimento humano, em especial no conhecimento da Vida Adulta.

Riegel (1975a, p.50) chama a atenção que o crescimento humano é progressivo, porém intimamente ligado ao crescimento social. Assim, podemos afirmar que, na Vida Adulta, as mudanças psicossociais seriam decorrentes de um processo dialético, onde se tenta integrar a mudança pessoal com a sócio-histórica.

É evidente que este processo pressupõe uma interdependência ou influência recíprocas, que está sempre presente e faz parte íntima do próprio processo.

Por outro lado, a interdependência entre o interno (indivíduo) e o externo (sociedade) dá sentido à dialética, que seria a colocação dos seres humanos na intersecção das interações, já que os acontecimentos em mudança dentro da pessoa interagem com os acontecimentos em mudança no mundo exterior.

Assim, como argutamente coloca Riegel "nesta dinâmica interação de dialéticas internas e externas, o homem não só transforma o mundo exterior no qual vive mas ele é transformado pelo mundo que ele e os outros criaram".

Consideramos que, para nossa pesquisa, a contribuição



ra uma forma nova de encarar o desenvolvimento do adulto e a manifestação das suas opiniões, fazendo com que elas não tenham um sentido limitador nem apenas tecnicista mas adquiriram um sentido de percepção do mundo e de vivências psicossociais.

São importantes suas afirmações (Riegel, 1975a, p.51) de que os conflitos e as crises são formas de "interação de acontecimentos conflitantes que se transformam em modelos".

Este intercâmbio é de valor extraordinário, já que, no nosso entender, pressupõe relações de qualidade entre o desenvolvimento cognitivo e emocional da pessoa e as realizações levadas a efeito na sociedade e na cultura. Seria extremamente interessante entender o foco relacional onde o fenômeno já descrito pode acontecer. Até o presente momento cremos que não existe ainda uma dinâmica interrelacional científica que possa integrar de forma profunda os aspectos dialéticos da personalidade, da história e da sociedade. Provavelmente o trabalho e, arriscando, a profissão podem ser esse foco dialético, através do qual possamos integrar as dimensões psicossociais das pessoas e seus mundos. Cremos que Riegel, de forma mais geral, tentou levar a efeito estes elementos de integração compreensiva ante as diferentes particularidades.

O que realmente nos interessa, além destas dinâmicas globalizadoras, é a compreensão e o sentido que as pessoas dão ao que denominamos trabalho e profissão, já que estes dois aspectos são de extraordinária importância para a compreensão das histórias de vida, bem como a história que provoca as vidas e é feita pelas pessoas.

Trabalho e profissão, segundo Smelser et Erikson (1983), são de alta relevância para entender o sentido da sociedade e seu futuro e prospecção, bem como a identidade pessoal e o

quadro valorativo que cada ser humano realiza a respeito da sua profissão.

Temos constatado como é difícil uma integração das dimensões psicossociais da personalidade, se comparadas com as teorias sociais e as ideologias vigentes. Isto nos leva a entender que as chamadas Ciências Sociais não chegaram ainda a uma dinâmica tão aprofundada que possa oferecer um panorama de conhecimento e valor extensivo aos movimentos sociais e culturais bem como as estruturas de vida até agora por nós conhecidas e supostamente compreendidas. Este paradoxo, no nosso entender, retarda uma dimensão mais analítica e crítica da relação entre a pessoa e o coletivo.

Grande quantidade de estudos tem tentado esclarecer esta diferenciação e suas possíveis relações. Perlman et Cozby (1986) fazem comentários bem pertinentes a este respeito. O autor espanhol Pastor Ramos (1986), em seu interessante trabalho sobre ideologias, nos evidencia a desorganização existente no conhecimento real das diferentes posições humanas, o que afeta de maneira decisiva uma tentativa realista de caracterização. É evidente que, nas sociedades modernas, os sistemas políticos e econômicos, bem como as ideologias, têm uma forte influência sobre a escolha de profissões, divisão social do trabalho e valor de concepção da vida humana e da utilidade social dos desempenhos levados a efeito pelos profissionais ou pelas pessoas que ocupam diferentes escalas da convivência social.

Estas colocações iniciais nos levam a esboçar três tópicos básicos, que assim podem ser expressos:

- \* a Vida Adulta é de significado singular para a compreensão de ações que intervêm no desenvolvimento social;
- \* o trabalho parece ser o foco fundamental de relacionamento entre o cultural, o social e o pessoal;
- \* a grande quantidade de interpretações sobre os ideários contemporâneos não parece ajudar a uma maior clareza de relacionamento entre o social e o pessoal.

Munidos destas três dimensões, procuramos melhor entender quem são os estudantes de medicina e os médicos, o que a profissão representa para eles, como foi levada a efeito a sua formação, como a desempenham e, especialmente, quais são seus sentimentos a respeito de seu papel em uma sociedade em transformação, instável economicamente, politicamente agitada e com gravíssimos problemas de miséria e doença.

É evidente que até o presente momento os estudos sobre a personalidade, desde o ponto de vista adulto, do médico, pelo que sabemos, não têm sido sólidos e específicos. Há, sem dúvida, tentativas de caracterização sobre traços de personalidade e papéis a serem desempenhados, o que, de certo modo, ajuda na melhor compreensão do médico como pessoa e profissional.

Neste trabalho a preocupação esteve orientada para como os estudantes de medicina e os médicos vêem sua formação profissional (e como a praticam), tentando retirar deste conhecimento algumas possibilidades analítico-críticas para uma Educação Médica com maior significado e abrangência.

Parece-nos importante salientar que o conhecimento das

características psicossociais da Vida Adulta pode, como já dissemos, nos ajudar a entender a escolha da profissão e o seu significado social.

Segundo Levinson (1978) e Mosquera (1987), a Vida Adulta pode ser dividida, para efeitos de estudo, em três sub-fases: Aduldez Jovem, Aduldez Média e Aduldez Velha. Cada uma delas apresenta um quadro de problemáticas e reações comportamentais, cujo significado está intimamente unido a situações históricas e sociais propriamente ditas. Ambos os autores denotam uma preocupação extremamente explícita em contextualizar seus descobrimentos em uma possível forma paradigmática flexível, que atende a conhecimentos culturais, classes sociais e circunstâncias históricas. Conseqüentemente, é importante chamar a atenção que os autores citados apresentam uma extraordinária abertura no que diz respeito à compreensão do fenômeno adulto, referido às suas variantes sociais específicas.

Cabe chamar a atenção que as características que iremos apresentar não servem para todas as classes sociais e nem todas as dimensões culturais, portanto devem ser consideradas possíveis indicadores que afetem a determinados grupos com ideais, ambições e recursos, cujo significado faça sentido no seu todo.

Em trabalho realizado por Mosquera et alii (1983), ficou bastante evidente que as profissões influenciam sobre os níveis de motivação e concepções de vida em pessoas adultas.

Particularmente, no mesmo trabalho, constatamos que médicos têm um elevado nível de motivação para o desempenho e

estatus social e suas ambições se dirigem para uma vida social economicamente segura, bem como a necessidade de possuir prestígio e estatus social.

As características que colocamos dizem respeito à Adulterez Jovem, são de cunho geral e se referem especificamente à chamada classe média, caracterizada por um nível de vida bastante razoável e exercendo, em geral, profissões liberais, onde se encontra localizada a profissão médica.

Podemos dizer que um adulto jovem apresenta os seguintes aspectos comportamentais. Em primeiro lugar está dotado de grande força e energia, gozando de boa saúde e disposição para ocupar cargos e responsabilidades.

Esta dimensão é de suma importância para poder entender bem o que acontece nos primeiros anos da Vida Adulta, onde normalmente se localiza uma luta bastante acirrada para poder demonstrar valor e competência. Claro está que isto nem sempre é possível, dado que há uma grande luta por parte dos adultos médios, para manter seu predomínio, seus cargos e seu estatus.

As lutas entre os adultos jovens e os médios são de extraordinário significado para entender aspectos do desenvolvimento da personalidade e as mudanças levadas a efeito no mundo social. Erikson, em seu livro com Smelser (1983), chama a atenção, de maneira brilhante, da correspondência pessoal entre Freud e Jung, onde se trata dos temas da amizade e dos diferentes momentos de adulterez como formas de compreender o que acontece nesta etapa da vida.

Cabe alertar que o início da Vida Adulta é bastante

difícil e problemático, não se trata simplesmente de um problema de idade cronológica mas de uma conjugação de fatos ou eventos existenciais que irão ajudar na estruturação de uma nova existência.

Mosquera (1987) tem assinalado que, para compreender a Vida Adulta, é necessário entender que há certas tarefas que se impõem à pessoa que tenta deixar seu estado de dependência para adquirir sua liberdade, tanto econômica quanto psicológica e social. Conseqüentemente, a primeira ruptura se faz no sentido de não ser economicamente dependente de outros adultos, isto é, os pais, poder ganhar na vida por si e sustentar-se nos seus gastos. Isto pressupõe, direta ou indiretamente, esclarecimentos emocionais e independência para sentir.

Esta tarefa não é absolutamente fácil, requer uma reorganização afetiva que deve estar de acordo com o próprio significado do que seja a Vida Adulta para a pessoa.

Não é fácil se relacionar com rupturas emocionais e parece ser bastante traumático encarar os progenitores não simplesmente como pais mas como outros adultos.

Outra dimensão importante da Adultez Jovem radica no desenvolvimento cognitivo, que evidentemente continua se processando, ampliando-se em complexidade e adquirindo, segundo Riegel (1973), o que se denominaria de operações dialéticas do desenvolvimento, um complemento crítico aos estágios propostos por Jean Piaget.

As operações dialéticas do pensamento são de vital importância para compreender o significado de como a inteligência se desenvolve e como são encaradas as situações proble-

máticas de vida. Estas operações são formas complexas e provavelmente hierárquicas de entender conexões de pensamentos, vistas através dos denominados contrastes para melhor exame dos contrários, isto quer dizer que o adulto é capaz de estabelecer os argumentos e contra-argumentos, através dos quais pode penetrar no sentido íntimo das suas dimensões vivenciais e do que a vida lhe exige como dinâmica e valorização da sua pessoa ante o social, bem como o social o desafia para a compreensão do pessoal. Neste sentido, cremos, se estabelecem as dimensões fundamentais do valor profissional que, de certo modo, incide no valor próprio.

O melhor conhecimento do desenvolvimento cognitivo adulto poderá vir a esclarecer muitos dos aspectos que até o presente momento não eram conhecidos com clareza, especialmente no que diz respeito a opções de vida, situações problema e capacidade de lidar com mudanças laborais e sociais, assim como ter um significado e uma prospecção realista da profissão que se escolheu.

Os trabalhos de Baltes et Labouvie (1983) são relevantes porque nos mostram um campo de pesquisa extremamente frutífero e desafiador. Cremos que o melhor conhecimento no desenvolvimento cognitivo adulto poderá levar à reestruturação de profissões e naturalmente, como consequência, a uma formação melhor, através de currículos mais adequados e coerentes.

Outra característica importante na Vida Adulta Jovem é o desenvolvimento emocional e afetivo. Há toda uma preocupação, nos primeiros anos da adultez, em estabelecer amizades e afetos de livre escolha, o que, de certo modo, influi em

formas de vida que levam, imediatamente ou a posteriori, a estilos existenciais de se relacionar ou viver socialmente.

É lamentável que não exista um preparo para a vida emocional da pessoa adulta, já que esta vida emocional joga um papel preponderante, especialmente nas preferências e nas atribuições que os seres humanos realizam.

Unida ao já anotado está a tentativa de um quadro de valores que os adultos tentam desenvolver, como principal razão da sua existência. Sprenger (1976), em sua obra clássica Formas de Vida, assinalou tipos de personalidade que se vão estruturando ao longo de escolhas relevantes, propiciadas por direções interiores e oportunidades sociais.

O sentido que este autor dá às suas formas de vida pode ser hoje discutível mas permanece válida a dimensão interacional de preferências e eleições. O tema das características pessoais na escolha das profissões não tem sido ainda superado, bem como não existem respostas definitivas. Tudo leva a crer que há variáveis que não têm sido suficientemente analisadas e que não se localizam simplesmente na própria pessoa. Por outro lado, é extremamente difícil saber em que medida o êxito ou o fracasso de determinada profissão, bem como a sua relevância, dependem de impulsos pessoais ou de pressões sociais.

Esta dúvida nos leva a ampliar a nossa preocupação a respeito do ensino profissional, tal como é propiciado em instituições sociais, já que cremos que não exista, em suficiente medida, a dialética da necessidade social, da preocupação pelas características pessoais e a relevância na formação e



configuração de um trabalho que é historicamente necessário e relevante.

Obviamente esta problemática se insere em uma dimensão de valores morais, que também são típicos do desenvolvimento adulto, embora nem sempre os quadros de valores sejam claros e conhecidos, já que vivemos em uma época que se caracteriza pela extrema fragilidade em seus valores estabelecidos e que se expressa em **discursos** que nem sempre coincidem com uma prática.

Mosquera (1987) tem anotado que a problemática dos valores na Educação se constitui em um tema de nuclear importância, só que ela será verdadeiramente real na medida em que descubramos os valores **ocultos** e não apenas os manifestos.

Temos aqui um outro desafio, que é tentar aproximar o desenvolvimento moral adulto, especialmente na etapa adulta jovem, os valores que as instituições universitárias empossam, o que está oculto por trás da formação profissional e o que a sociedade quer dos futuros profissionais que estão em preparo, bem como aqueles que já efetivamente desempenham as suas funções.

Até não descobrir este dilema, resulta difícil propor novas maneiras de ensino, bem como alterar situações de injustiça e prepotência.

As organizações internacionais tentam hoje aproximar os diversos campos de conhecimento para, assim, de uma forma mais clara, e mais correta, modificar substancialmente o que consideramos formas de ensinar e de aprender. Cremos, portanto, que há necessidade de aprofundar no conhecimento do sujei-

to humano como forma de esclarecer as propostas sociais que nos são colocadas sob a forma de leis, normas, padrões e currículos.

Claro está que os seres humanos não são simplesmente reagentes, apresentam níveis de atividade que podem nos surpreender e que se evidenciam através dos seus valores, crenças, atitudes e opiniões.

A Vida Adulta, sendo um contínuo vital, não pode ser entendida como uma fatia de todo mas como sendo o todo em contínua reformulação e mudança. A Adultez Jovem, nos seus eventos e alterações, é de certa forma uma prova de fogo na afirmação pessoal e profissional, bem como a superação de momentos críticos que podem preparar a pessoa para ser mais ampla, compreensiva ou flexível, ou podem tornar esta pessoa obtusa, rígida e ideologicamente orientada. Obviamente o sentido ideológico é considerado, nestes momentos, como cegueira emocional e intelectual, o que repercute não necessariamente no aspecto político mas no exercício da profissão, no caso a Medicina, que muitas vezes é ideológica. Cremos que seria interessante chamar a atenção sobre o quanto é significativo o reconhecimento da profissão como um valor de vida, através do qual a pessoa pretende se realizar no social. Não podemos esquecer que, muitas vezes, as opções profissionais estão intimamente unidas às convenções sociais bem como aos ganhos e estatus que são propostos em uma sociedade consumista que não coloca seriamente uma ética social da profissão. Por isto é importante, cremos, se questionar a respeito de como o Adulto Jovem optou pela Medicina, como a visualiza e que perspectivas tem, de levar avante as suas esperanças e ilusões. Nos parece, pois, da

mais alta relevância o reconhecimento desta situação porque é através dela que conseguiremos uma base crítica para o sentido social que se dá à Medicina, independente dos mitos criados em torno dela. Isto, de certo modo, poderia vir a explicar o porque os currículos aparecem como convencionais quando a prática exige verdadeira criatividade e inovação.

Hultsch et Deutsch (1981) fazem uma descrição documentada sobre a Adultez Média, colocando algumas características que são bastante significativas e que esclarecem muitos dos aspectos que podem influir no desempenho profissional e social.

A Adultez Média, uma das fases mais importantes da Vida Adulta, se caracteriza, segundo Mosquera (1987), por profundas modificações tanto físicas, como psíquicas e sociais.

O corpo e a saúde parecem estar mais propensos a agressões e a descalabros, o envelhecimento é mais nítido e claro, especialmente em pessoas cujos cuidados não foram nem são sistemáticos, acrescidos agora de um maior nível de ansiedade e estresse, provocado por tensões emocionais e profissionais.

De fato, os adultos de média idade, em geral, sofrem de crises e transições que se fazem sentir no seu dia-a-dia e, especialmente, na desgastante situação de manter seu estatus e seu poder.

Resulta irônico afirmar que é na idade adulta média que as pessoas, especialmente os profissionais liberais, se encontram no apogeu da profissão, da vida familiar, do poder e que curiosamente todos estes aspectos parecem estar ameaçados de ruir ou por situações pessoais ou por contingências so-

ciais.

Isto nos leva a entender que é muito importante aquilo que as pessoas pensam a respeito do que foi o seu preparo para a vida e como este preparo serve ou não para o desempenho da sua profissão e sua prospectiva sócio-cultural.

Estas características, rapidamente esboçadas, devem ser levadas em conta no momento em que se analisa uma profissão e o seu preparo. Os médicos são seres humanos que, na nossa sociedade, têm um grande poder simbólico e, com certeza, muitas vezes real, o que nos desafia a compreender a sua verdadeira tarefa em sociedades em mudança.

Ataz López (1985) tenta fazer uma delimitação sobre atividade médica e coloca que:

- \* ela consiste em uma série de atos, operações ou tarefas de profissionais que a distinguem como uma atividade profissional

- \* esta atividade profissional, pelo seu objeto, tem lugar normalmente sobre o corpo humano

- \* a finalidade da atividade médica é a conservação ou melhoria da saúde humana em todos os seus aspectos, sendo sua finalidade próxima o curar, o que quer dizer cuidar dos doentes

- \* a atividade médica é de primordial interesse social, podendo-se dizer dela que é um serviço de necessidade pública.

Estas características nos propiciam uma dimensão des-

critiva e, em certo sentido, analítica, do que a Medicina pode representar e que tipo de pessoas são relevantes para exercê-la.

O sentido mais profundo salientado é o de necessidade pública e de cuidado, o que nos revelaria o sentido de geratividade que o médico deveria possuir e que é típico da Vida Adulta.

Lowe (1974) tem manifestado que na escolha de profissões, bem como na formação das mesmas, há um interesse todo especial em entender como a geratividade está sendo expressa e que oportunidades as pessoas têm para expressá-la.

Não é ocioso, nestes momentos, recordar que uma formação profissional não é apenas um elenco de atividades ou disciplinas mas que congrega principalmente pessoas, cujos interesses, valores, atitudes e opiniões as levam a tentar ser mais relevantes, significativas e, especialmente, necessárias desde o ponto de vista social. O conhecimento de como as pessoas adultas médias se desempenham na sua profissão colabora de maneira significativa com toda uma dinâmica prática de desempenho na realidade. Assim acreditamos que a experiência dos médicos de média idade contribui para entender uma formação que foi levada a efeito e que se torna emergente de ser realizada às luzes das problemáticas sociais e políticas. Se dos adultos jovens podemos esperar uma vivência direta na formação, os adultos médios podem esclarecer sobre a sua formação no tempo e a possibilidade da formação que eles mesmos propiciam. Desse modo temos uma visão complementar da dinâmica de vida através de gerações que convivem em um mesmo espaço e momento histórico. A tudo isto se deve acrescentar um pano de fundo co-

num, que é a sociedade brasileira em transição, a qual parece afetar as instituições e repercute, sem dúvida, na Universidade, como caixa de ressonância dos elementos sociais e das urgências culturais de vida.

Estes subsídios não ficariam completos se não citássemos algumas características fundamentais da Adultez Velha, já que esta é importante para a compreensão do desenvolvimento profissional.

Mosquera (1988a) assinala com muita propriedade que o que entendemos por velhice não está simplesmente atrelado ao processo de decadência física e redução de condições de vida mas parece ter uma grande influência o contexto social e econômico que pode agir sobre a pessoa de idade, reduzindo-a a um ser amargurado e improdutivo ou alguém dotado de sabedoria e vontade de viver.

Conseqüentemente se pode assinalar, de maneira arbitrária, que a velhice iniciaria em torno dos sessenta e cinco anos de idade, com a aposentadoria e a conseqüente redução de proventos e oportunidades sociais. Como podemos ver, estas parecem ser condições externas que influenciariam de maneira dramática as condições internas, o desenvolvimento cognitivo, a sabedoria e um sentido de futuro.

Segundo o próprio Mosquera, existem condições para uma velhice sadia que se fundamentaria na análise de hierarquia de necessidades proposta por Maslow (s.d.) especialmente em uma sociedade que acreditasse que a pessoa de idade é plausível de maior ação intencional e influência positiva sobre os acontecimentos sociais.

Assim, cabe chamar a atenção da necessidade de compreender, na Medicina, o papel relevante do médico idoso que, ao mesmo tempo, é aquele que conhece o passado e é uma mostra da sua vitalidade no presente e da sua visão, provavelmente mais serena e sábia, sobre o futuro.

Creemos que as pessoas que já viveram por mais tempo podem reconhecer com nitidez uma visão mais familiar e preventiva da Medicina, embora talvez mais artesanal, passando por uma visão mais especializada e conseqüentemente segmentada, indo para uma visão informatizada e altamente tecnologizada.

Obviamente que estas abordagens não foram, nem são, gratuitas ou aleatórias, elas respondem a conceitos de ser humano, sociedade e cultura, bem como a inovações científicas e tecnológicas.

Desta forma, um médico de idade mais avançada pode ter uma perspectiva histórica que coincide com as mudanças da própria história da Medicina e da sociedade, por isto ele é relevante e significativo.

Ao pensarmos em este segmento da fundamentação teórica do nosso trabalho, tivemos a intenção de evidenciar como é importante o conhecimento de pessoa adulta nas suas diferentes **eras vitais**, para bem entender a odisséia da profissão médica e como o preparo para esta odisséia está inteiramente ligado à história do social, à história da ciência e ao significado de uma Educação Médica e uma Educação para a Saúde, isto seria irrelevante se não tentássemos conhecer as características, os pensamentos, os sentimentos e as opiniões das pessoas que, através das suas histórias, constroem o significado

do seu fazer profissional, que, em última análise, é também o significado de suas vidas.

A Medicina não é simplesmente uma **entidade abstrata ideal**, ela é um **quefazer** pessoal e social de um grupo de pessoas que, através das suas opções de vida em diferentes momentos da sua existência, são capazes de optar pelos outros seres humanos, cuidar da sua saúde e procurar, em última análise, uma sociedade mais fraterna, na qual predomine o sentido da vida sobre o ódio, a destruição e a morte.

Neste capítulo nos posicionamos claramente sobre os estudos teóricos e de investigação realizados por autores como Mosquera e Riegel, que tentam o conhecimento mais aprofundado crítico da Vida Adulta, especialmente na dinâmica de um **humanismo dialético**. No primeiro há um claro cunho sartriano e com influências da psicologia soviética contemporânea (Vygotsky, Leontiev, Davidov, Luria), no segundo, partindo das dimensões de Erikson, integrando e ampliando os estudos de Piaget e apoiando-se na dialética de Hegel e Marx.

Finalmente, cabe chamar a atenção que o médico é uma pessoa que se educa no sentido de compreender a sua profissão, porque ela, de certo modo, lhe propicia o sentido final da sua vida.



## **CAPÍTULO 2**

### **ESTUDO DE OPINIÕES: SEU SIGNIFICADO E VALIDADE**

Ortega y Gasset (1970, p.383) diz que: "Quando se quer entender a um homem, a vida de um homem, procuramos acima de tudo averiguar quais são suas idéias". Continua o mesmo autor: "como não vão influir na existência de uma pessoa suas idéias e as idéias do seu tempo?"

Estes pensamentos do filósofo espanhol nos levam a meditar seriamente sobre o significado poderoso que as idéias das pessoas têm sobre as suas vidas e, sem dúvida, as suas decisões pessoais. É evidente que o conhecimento de como as pessoas pensam ou no que elas acreditam, não é tão simples como parece à primeira vista, já que a complexidade do mundo social torna, por vezes, difícil o conhecimento das eleições pessoais.

Por isto para podermos conhecer melhor o que representa uma formação profissional e o sentido de uma profissão, é necessário ouvir as pessoas envolvidas e saber delas o que representa, para suas vidas, o trabalho que vão levar a efeito ou que desempenham.

Este conhecimento inicial é uma possibilidade aberta para entender a dimensão de dialética da personalidade humana com a sociedade. Deste modo, parece-nos fundamental que um preparo universitário deva estar fundamentado no conhecimento, o mais possível, real daquilo que as pessoas experimentam como verdadeiro, a respeito das suas profissões, o que, em última análise, vai incidir sobre suas próprias vidas.

As opiniões e atitudes das pessoas parecem importantes para um conhecimento mais acurado do que representam tais valores.

O comportamento social não é algo que acontece ao acaso, tem profundas ligações que se estruturam e revelam nas sociodinâmicas da cultura. Deste modo, os papéis sociais têm muito que ver com os desempenhos sociais ou com os ideais que deles se fizeram. Evidentemente isto nos pode revelar as interconexões tão significativas entre a personalidade e a sociedade. Shibutani (1971), tendo trabalhado de maneira exaustiva este tema, mostra como as relações que se estabelecem dão significado e valor à projeção de um trabalho, cujas influências se fazem sentir no entorno no qual o ser humano vive e se desempenha.

No caso daqueles que optam pela medicina como profissão, as ligações de cunho sócio-cultural não são apenas estreitas mas de grande importância, pois os médicos têm desempenhado, no transcorrer da história humana, relevantes papéis de influência inclusive carismática.

O que a profissão médica representa é, sem dúvida, um tema verdadeiramente desafiador. Nestes momentos de **dessacralização** nos encontramos ante a urgente necessidade de repensar o aspecto ético da Medicina e seu lugar em uma sociedade de avançada Ciência e Tecnologia.

Nossa preocupação não é somente a profissão médica mas como os médicos são formados e como, em consequência, desempenham a sua função. Cremos que esta temática não pode ser somente especulada ou criticamente analisada em hipótese de menor ou maior valia. Por isto, ouvir os interessados em medicina é de primordial importância para poder, modestamente é claro, entender o discurso que é levantado e então partir para possíveis inovações.

Sabemos que os comportamentos humanos podem ser conhecidos através de observações sistemáticas ou de depoimentos. Neste nosso trabalho nos preocupamos com uma focalização em opiniões daqueles que estão se preparando para a profissão médica, bem como os que já a exercem. Parece-nos viável que o estudo destas opiniões possa jorrar luz sobre a Medicina como tarefa e função social, bem como as situações sociais vividas pelas pessoas que exercem esta profissão, especialmente em países de Terceiro Mundo.

O cunho claramente sócio-cultural é relevante para não cair na armadilha de um discurso limitado pelo preparo técnico de uma profissão que tem conotações claramente revolucionárias, em um sentido de preservação da saúde, mais ainda de uma identidade nitidamente humana.

Não é este o momento para discutirmos o papel do médico, embora seja premente, mas interessa ouvir o que se pensa a respeito do mesmo e que opiniões e atitudes subjacem por trás da fachada oficial da medicina conhecida.

A psicologia social, segundo Allport et Lindzey (1954, p.43), tem se preocupado de maneira muito profunda sobre o estudo das atitudes, com o intuito de entender o significado que cada ser humano dá para suas vidas.

A conceituação que Allport dá, datada de 1935, é de vital importância para os significados mais atuais. Assim o autor se manifesta: "uma atitude é um estado de prontidão mental e neuronal, organizado através de experiências, exercendo uma influência diretiva ou dinâmica sobre a resposta do indivíduo, para todos os objetos e situações com as quais ela es-

tá relacionada."

Esta temática tem sido motivo de preocupação do próprio campo da filosofia. Dorsch (1978, p.666) refere que Platão considerava a opinião como o estado intermediário entre a ignorância e o conhecimento. Já Kant a definia como certeza objetiva e subjetivamente incompleta. Finalmente, para Hegel, seria pensamento ou idéia que orienta dialeticamente a pessoa para fatos da existência. Estas definições indicam que, tanto atitudes como opiniões, estão extremamente imbricadas e que evidenciam tendências ou inclinações relativamente específicas, dirigidas a determinadas coisas e situações.

Stoetzel (s.d.) nos deixa bastante clara a importância das opiniões, quando nos diz que nos revelam as relações entre a situação e a pessoa, assim as pessoas expressariam, nas suas opiniões, objetos de valor.

Para maior esclarecimento tentaremos discutir o que são atitudes, como se formam, seu significado, sua validade e a sua mensuração.

Zanden (1986, p.199) diz que:

*na maioria dos casos, não enxergamos em termos neutrais o mundo que nos rodeia. As pessoas, os acontecimentos e as situações têm consequências para nós às vezes positivas e outras negativas. Não é de surpreender que nossos sentimentos, pensamentos e tendências a agir, relativos a diversos aspectos de nosso ambiente, apresentem certas regularidades. A isto chamamos atitudes.*

O referido autor cita Terêncio que, em 160 a.C., já afirmava que há tantas opiniões como homens.

Isto é bastante importante para entender, segundo Zanden (1986), que a atitude é uma tendência ou predisposição adquirida e relativamente duradoura para avaliar, de determinada forma, uma pessoa, acontecimento ou situação e agir consoante como esta avaliação.

Temos pois aqui o que poderíamos denominar de uma orientação social, ou seja, uma inclinação para responder de maneira favorável ou não, de acordo com a nossa orientação vital.

Olson et Zanna (in Perlman et Cozby, 1986, p.74) afirmam que uma das definições mais simples de atitude é a seguinte:

*são aquelas que nos indicam o que nos agrada ou desagrada. São nossas afinidades ou aversões para com objetos, situações, pessoas, grupos e qualquer outro aspecto identificável de nosso ambiente, inclusive idéias abstratas e políticas sociais.*

Deste modo, podemos entender que as atitudes são nossos sentimentos avaliadores, em referência a determinados alvos. Por isto, de certo modo, as atitudes indicam uma orientação vital. É evidente que nenhuma atitude se forma ao acaso, já que o aspecto avaliativo decorre de uma informação anterior a respeito do que entendemos ser aquilo que nos agrada ou desagrada.

É evidente que o estudo das atitudes é muito importantes, já que elas indicam, em primeiro lugar, uma direção razoavelmente permanente de nossos sentimentos, o que nos propicia um conhecimento bastante seguro sobre o comportamento

dos seres humanos.

Em segundo lugar, o estudo das atitudes é importante já que nos indica um processo de aprendizagem, isto porque as preferências ou aversões não parecem ser inatas, em consequência disto o processo de formação e mudança de atitudes pode ser estudado na sua dinâmica e é possível, através do conhecimento de como isto acontece, desenvolver programas que propiciem maior esclarecimento social ou que modifiquem situações de desagrado ou desgosto.

Na literatura psicológica tem sido salientado, de modo bastante marcante, o modelo da **Teoria da ação-razão**, de Fishbein et Ajzen (1975), que consiste nas relações entre atitudes, crenças, intenções de comportamento e comportamentos propriamente ditos. Estes autores basicamente propõem que as crenças de uma pessoa acerca de um objeto determinam como esta pessoa se sente ante este objeto. Por sua vez, este sentimento, isto é, atitude, determina as intenções comportamentais da pessoa a respeito deste objeto e, finalmente, estas intenções determinam como o indivíduo se comporta em face do objeto.

Os autores supõem que os seres humanos são normalmente razoáveis e fazem uso sistemático da informação de que dispõem, em outras palavras, as pessoas consideram as implicações de suas ações antes de decidir comportar-se ou não de certa forma.

Em consequência, para Fishbein et Ajzen, as atitudes para com um objeto, problema ou pessoa podem predizer-se ao calcular a soma de crenças e valorizações expressa pelos atributos de cada crença, chegando ao aspecto mais qualitativo da

atitude.

Obviamente que aquilo no qual acreditamos não é algo ao acaso nem surge por geração espontânea. A origem das crenças e, conseqüentemente, atitudes e opiniões, se forma através da experiência pessoal. Isto significa a satisfação ou não de nossas necessidades, anseios e expectativas.

Uma outra fonte são os pais, que parecem ter uma forte influência sobre as crenças pessoais, através da afeição adotamos muitas das crenças que eles professam e que, sem dúvida, se evidenciam em muitas das nossas atitudes.

Por outro lado, o grupo de companheiros ou de referência exerce uma poderosa força ou influência sobre o que acreditamos ou o tipo de comportamento que deveremos adotar, para sermos aceitos e bem sucedidos. Neste sentido, não é ocioso recordar que, em geral, os grupos profissionais partilham de crenças que lhes são comuns e elaboram ideários que servem de filosofia e orientação para determinado comportamento em grupo.

Obviamente os grupos de referência são de extrema importância na compreensão de valores, bem como formam um fenômeno extremamente interessante, que é o seguimento histórico dos grupos geracionais, os quais estabelecem parâmetros de vida ideacionais que influem praticamente em todo um grupo geracional. Esta influência na formação de crenças, expressa em atitudes e opiniões, tem uma ligação muito estreita com o fenômeno do mundo adulto e, conseqüentemente, possibilita uma compreensão melhor dos diversos segmentos que compõem o variado e complexo mundo geracional adulto.



Outro fato de forte influência nas atitudes e opiniões humanas são as instituições. É evidente que a sua complexidade nos oferece momentos de muita meditação e estudo mas, neste caso, cremos conveniente tomar como base as faculdades de Medicina, dentro de suas Universidades, bem como as Associações de Classe. Isto representa, sem dúvida, uma filosofia de vida e também a formação de comportamentos, que vão influir por quase toda vida do indivíduo, nos seus desempenhos profissionais e evidentemente sociais.

As instituições são, no fundo, sociedades organizadas, com valores manifestos ou ocultos, que se expressam em objetivos muitas vezes postos em andamento, no caso das faculdades de Medicina, pelos currículos e pelas ações pedagógicas, tanto docentes como discentes. Obviamente que isto provoca uma agradabilidade ou desagradabilidade, mas, ao que parece, nunca uma neutralidade.

Assim, podemos dizer que, na formação de atitudes e opiniões incidem concretamente situações bem específicas e que também, no nosso entender, a classe social, o sexo, o poder econômico e a etnia parecem ter uma razoável influência.

Ainda seria útil chamar a atenção sobre o que Olson et Zanna (in Perlman et Cozby, 1986) sobre o modelo de Katz. Para este autor, são quatro as funções das atitudes. A primeira é a função instrumental, o que quer dizer que tendemos a maximizar aquilo que nos recompensa e a minimizar aquilo que nos penaliza.

A segunda função é de conhecimento, já que as atitudes nos ajudam a entender e interpretar os eventos que, de ou-

tra forma, seriam difíceis de explicar. Uma terceira função está ligada a defesas da própria pessoa ante situações de vida, deste modo as atitudes aparentemente irracionais e dogmáticas servem como defesa ante o medo e a inferioridade. A quarta função colocada por Katz é que as atitudes podem expressar valores e isto é realmente importante porque, a rigor, é um elemento fundamental para entender o que muitas pessoas externalizam a respeito do seu posicionamento ante os fatos da vida.

O conhecimento valorativo das atitudes pessoais e sociais serve como campo de conhecimento do que grupos humanos e pessoas sentem e pensam.

Rodrigues (1986) nos chama a atenção da relevância do estudo das atitudes, especialmente por se constituírem em bons **preditores do comportamento**, isto em primeiro lugar. Em segundo lugar, destaca o autor (p.342) que:

*as atitudes sociais desempenham funções específicas para cada um de nós, ajudando-nos a formar uma idéia mais estável da realidade em que vivemos, e também servindo para proteger o nosso Eu de conhecimentos indesejáveis.*

Aponta um terceiro aspecto, que seria a base de uma série de situações sociais importantes, tais como as relações de amizade e de conflito.

Embora existam muitas definições de atitude, já que este tem sido um tema muito provocativo, o que se pode inferir é que a atitude se refere, de certa forma, a uma inclinação pró ou contra um objeto social, envolvendo uma dimensão claramente cognitiva, já que o processamento intelectual é im-

prescindível para poder entender atitudes que se apresentam como mais preferenciais ou específicas.

A polêmica sobre as atitudes, entretanto, não tem sido ainda totalmente desvelada, há uma luta de posicionamentos que pode ser detectada nos diferentes enfoques teóricos, escolas e mesmo orientações internacionais.

Apesar desta controvérsia, deve-se salientar como fecundo e necessário, o ponto de vista de Thurstone (in Summers, 1976, p.158), que diz:

*o conceito de atitude se usará aqui para denotar a soma total de inclinações e sentimentos, preconceitos ou distorções, noções pré-concebidas, idéias, temores, ameaças e convicções de um indivíduo acerca de qualquer assunto específico.*

O autor exemplifica dizendo que "a atitude de uma pessoa acerca do pacifismo significa o que pensa e sente acerca da paz e da guerra".

Sobre a **opinião** Thurstone manifesta que "o conceito de opinião significará aqui a expressão verbal da atitude", continuando:

*se uma pessoa diz que cometemos um erro ao entrar na guerra contra a Alemanha, essa afirmação será considerada aqui como uma opinião. O termo opinião se restringirá à expressão verbal.*

E se pergunta o mesmo autor:

*mas é uma expressão de quê? Supostamente expressa uma atitude, portanto não tem porque existir dificuldade para entender a natureza da*

*dois termos. Em resumo, a expressão verbal é a opinião. A opinião simboliza uma atitude.*

Estas idéias expressas por Thurstone são realmente de importância capital para este nosso trabalho. Acreditamos que as atitudes podem ser bem mais complexas que as opiniões, daí as dificuldades para saber exatamente que atitudes as pessoas possuem. Já as opiniões, como elementos simbolizadores, podem nos ajudar a entender situações de vida, cujo significado estará intrinsecamente unido a um contexto sócio-cultural em mutação.

É muito conveniente expressar a necessidade de entender que opiniões e atitudes não são rígidas, bem como não são inatas. Existe toda uma aprendizagem de cunho social e dialético que os seres humanos levam a efeito em um contexto histórico, assim é muito provável que as opiniões emitidas tenham que ver com as influências ambientais e os planos de vida desenvolvidos.

Por isto, as percepções e as experiências são de capital importância no momento em que se tenta conhecer melhor as opiniões das pessoas e, especialmente, quando existe um envolvimento tríplice, expressado pela cognição, afetividade e ação.

A interação destes elementos constitui a substância básica das atitudes, as quais se patentizam nas opiniões.

Acreditamos que é importante também analisar, uma vez mais, algumas outras posições a respeito da formação de atitudes. Tanto Rodrigues (1986), quanto Reich et Adcock (1976) e Stoetzel (s.d.) se referem ao trabalho de Smith, Bruner et

White, realizado em 1956, cujo título é **Opinions and Personality**, no qual se mostra a estreita relação entre a personalidade e as opiniões, de certo modo as opiniões servem de mediadoras entre as demandas internas e o ambiente externo, que pode ser entendido como aquilo que é o material, o social e o informacional.

Estes aspectos ajudam os seres humanos a entender melhor o mundo que os rodeia, bem como propiciar elementos de referência para o comportamento e possíveis categorias de análise ante as situações desafiadoras e que exigem coerência e inovação comportamentais.

Estes três autores manifestaram que as funções principais das opiniões e atitudes podem ser as seguintes:

- \* avaliação do objeto
- \* ajustamento social
- \* externalização

No que se refere à avaliação do objeto, os autores nos manifestam que o fato de possuímos uma opinião ou atitude definida em relação a um objeto específico, nos propicia o padrão necessário para estabelecer nossas reações diante de tal objeto. Conseqüentemente esta função de avaliação nos pode propiciar posições gerais inspiradoras de nossas reações, o que, de certo modo, representaria um guia cognitivo, afetivo e comportamental ante o que colocamos em julgamento.

No que se refere à função de ajustamento social, as opiniões podem ser elos de ligação, bem como de rejeição. Normalmente há uma tendência a nos unirmos a pessoas que partilham das mesmas opiniões que nós, bem como grupos humanos de

referência parecem possuir opiniões semelhantes, derivadas do seu desempenho e função.

Obviamente, e isto no nosso entender, o ajustamento social não poderá ser apenas algo mecânico ou retórico, mas de partilhamento efetivo, colaboração social e crítica consciente.

A última função, segundo os autores em análise, seria a externalização desempenhada pelas opiniões ou atitudes, que consiste na manifestação clara de posições que de certo modo protegem o sujeito das suas dúvidas.

A externalização assume, portanto, um papel muito significativo no que diz respeito à própria defesa pessoal e à dimensão expressiva da própria pessoa. É evidente que isto se produz como forma de aprendizagem, na qual o indivíduo deve posicionar-se e tentar clarificar quais seus pontos de vista, que de certa maneira redundam em seus valores, crenças e atitudes.

As opiniões, ao serem a forma expressiva ou externalizada do que pensamos e sentimos, parece que, de certa forma, são em potencial uma dimensão nítida para a ação.

Cabe aqui polemizar a respeito de se esta ação está em potência ou em verdadeiro desempenho e qual das duas formas pode, de fato, ajudar a entender dinâmicas comportamentais efetivas frente a quadros de valores sociais empossados ou ideologias dominantes.

A polêmica, que é no fundo uma dúvida, nos alerta desde já sobre o significado real que poderão ter as opiniões de

estudantes de medicina, assim como a dos médicos. Naturalmente as dúvidas se tornam razoáveis, já que as opiniões podem expressar sentimentos de agrado ou desagrado, bem como propostas de ação que, intrinsecamente, nos avisem sobre o que realmente teríamos que fazer ou refazer.

Morgan et alii (1984) manifestam muito oportunamente que as atitudes e opiniões nos ajudam a entender e clarear as situações complexas às quais estamos submetidos, bem como nos possibilitam posições a serem tomadas nas nossas decisões de vida.

Hoje temos maior clareza a respeito da dificuldade que existe nas finalidades. Mosquera (1987) manifestou com agudeza que os fins sempre envolvem situações que provêm de elementos ideacionais, onde estão envolvidos conceitos geradores, os quais fazem parte de um universo simbólico, produto da interação entre a natureza, o homem e a cultura.

Para Mosquera, os fins estão estreitamente ligados a ideários práticos, que tanto se encontram na sociedade como em cada ser humano.

Por isto entendemos que as opiniões não podem ser simplesmente compreendidas como emissões verbais sem maior conteúdo. Não entrando no mérito, no valor em si da opinião, podemos afirmar que ela singulariza aquilo que é ação humana, bem como pode representar, e de fato representa, posições ante fatos, situações ou pessoas.

Esta posição é também compartilhada por Pastor Ramos (1986), que realizou um estudo sobre as ideologias expressas por espanhóis e o significado que estas teriam para suas pró-

prias vidas e prospecção futura.

Portanto é importante considerar, juntamente com as narrações de Smith, Bruner et White, que toda opinião envolve um objeto, a orientação do opinante e a posição deste.

Stoetzel (s.d.) comenta estes três aspectos, valorizando extremamente o trabalho já citado, e coloca que o objeto da opinião vem a ser o problema sobre o qual a pessoa opina, mas o problema como o encara a própria pessoa, o que é distinto do tema.

A orientação do opinante nos diz a respeito das tendências para a ação, que podem ser de aproximação ou afastamento.

A posição é a tradução, em linguagem concreta, da orientação pessoal, o que quer dizer que a pessoa optou por uma linha de ação.

Ainda é elucidativo o comentário de Stoetzel (s.d., p.196) quando diz textualmente: "uma pessoa é, em primeiro lugar, um indivíduo que está situado no mundo, isto é, cujo comportamento se desenrola num ambiente que constitui para ele a realidade". Segue o autor: {

*A primeira função das opiniões será, pois, a adaptação à realidade, ou "avaliação do objeto". Nossas atitudes e opiniões ajudam-nos a classificar os objetos do nosso ambiente e, através disto, põem ao nosso serviço predisposições para agir e para enfrentar estes objetos.*

Estas citações nos revelam a importância das opiniões e sua função bastante específica. Cremos que isto justifica o



aspecto fundamental deste estudo, onde a idéia básica consiste em entender como as pessoas se enxergam em uma determinada função e como se enquadram em um grupo de referência.

Sherif et Sherif (in Summers, 1976) chamam a atenção sobre este tipo de pesquisa, que é a tentativa de apreender realidades ligadas a grupos referenciais e sobre os quais os seres humanos estabelecem uma relação estreita, que pode ser detectada pela formação de categorias valorativas.

Por isto podemos dizer que a formação de atitudes, expressa em opiniões, revela, segundo Sherif et Sherif, as relações sujeito-objeto, bem como as adaptações a grupos de referência que passam a ser elementos fundamentais do desenvolvimento dialético da personalidade humana.

Para estes autores, revisando o já colocado, as atitudes se formam ou se aprendem, em relação com referenciais identificáveis, bem sejam pessoas, grupos, instituições, objetos, valores, assuntos sociais ou ideologias.

Em conseqüência, a relação entre pessoas e objetos não é neutra mas tem propriedades motivacionais afetivas. Estas se derivam do contexto de interação social, por sinal muito significativo, no qual muitas atitudes se formam, já que não são neutras para as pessoas e vão adquirindo, em conseqüência, significados mais profundos.

Por outro lado, Sherif et Sherif (1975) manifestam que a relação sujeito-objeto se realiza através da formação de categorias que se discriminam entre os objetos e a relação positiva ou negativa da pessoa com estes. Em conseqüência, a atitude do sujeito inclui as suas opiniões e as opiniões dos ou-

tros com os quais se compara. É evidente que isto não precisa ser necessariamente consciente. De maneira bastante arguta, estes autores referem que há uma íntima relação entre a formação de atitudes e o processo de formação de um conceito sobre si mesmo. Efetivamente, com o estabelecimento de um quadro cognitivo específico, há também a formação de um quadro sobre a própria pessoa, do qual se conclui que as atitudes são, necessariamente, cognitivas, motivacionais e comportamentais.

Gostaríamos de registrar também a definição que os autores Sherif et Sherif (1975, p.320) colocam:

*uma atitude é o conjunto de categorias que o indivíduo emprega para avaliar seu domínio de estímulos sociais (objetos, pessoas, valores, grupos, idéias,...) que ele estabeleceu e aprendeu a partir deste domínio (em interação com outras pessoas) e que o relaciona com os subconjuntos do domínio em diversos graus de afeto (motivação-emoção) positivo ou negativo.*

Outra idéia importante está em tentar entender o denominado grupo de referência, o que significa que as metas e atitudes da pessoa estão ancoradas em pessoas que partilham de valores e ações que têm finalidades comuns e que servem de modelos sociais e categoriais entre si.

Por isto, um trabalho com opiniões é, sem dúvida, uma tentativa para conhecer melhor o quanto está inferido o sentido de ação.

Nunnally (1973) revela que a mensuração das atitudes deverá ser feita com extrema cautela, já que não se medem diretamente atitudes, elas são reveladas através de opiniões ou

de traços de personalidade, os quais indiretamente nos explicariam o seu significado e valor. Claro está que se tem tentado esta mensuração desde as escolas de Thurstone, passando por Likert, Guttman e chegando ao diferencial semântico de Osgood. Cremos que são contribuições valiosas mas concordamos com Cronbach (1963), que coloca que a agudeza deverá estar focalizada no estilo da resposta, já que ele nos pode evidenciar todo um sentido de finalidade ante situações e fatos, o que, em última análise, pode nos auxiliar a melhor compreender o problema que pode ser expresso por grupos de referência.

Bugeda (1974, p.108) chama a atenção que as tentativas de medir as atitudes dos homens e dos grupos sociais são quase tão antigas quanto a sociedade humana. Em seguida o autor se pergunta: "o que é uma atitude?" - E responde que "uma atitude é, em primeiro lugar, um certo movimento observável face um objeto ou situação". Por isto as atitudes incluem sentimentos, preconceitos, preferências, ameaças, o que nos revela a importância do estudo das atitudes bem como, plenamente, esta sua raiz interna de difícil aferição.

O autor chama a atenção sobre como as atitudes podem ser encaradas em duas grandes dimensões, em primeiro lugar através de diferentes posturas ou tensões musculares (a fuga, a defesa, a apreensão de um objeto). A segunda envolve atitudes emocionais ou intelectuais (grandes impulsos orgânicos, emoção, sentimentos, ideações). Entretanto o que mais interessa são as exteriorizações através das respostas verbais, aceitando ou rejeitando algo.

Assim, segundo Bugeda (1974, p.109), "estas respostas verbais, aceitando ou rejeitando algo, manifestações externas

verbais, orais ou escritas, é o que comumente conhecemos como opinião. Deste modo, a opinião é um tipo de atitude."

Adverte ainda este autor que se poderá questionar tal restrição do que seja atitude, já que, de certa forma, nos preocupamos muito mais por suas manifestações externas através das respostas dadas (orais ou por escrito), mas cabe chamar a atenção de que não são detectáveis nem mensuráveis se não através dos efeitos que elas produzem. É claro que seria muito mais importante saber o que se passa dentro do cérebro, no que denominamos a consciência do ser, o que é extremamente difícil ainda hoje.

Nos resta como consolo o que o grande psicólogo soviético Galperin (1979, p.115) diz: "o comportamento constitui um objeto muito importante de estudo psicológico, porque no comportamento se manifesta de maneira mais nítida, a verdadeira orientação da pessoa em face ao **que** e ao **como**."

Obviamente que, em um estudo de opiniões, não são apenas importantes os dados a serem coletados, mas também o que está oculto nas entrelinhas dos dados, o que, de certa maneira, representa a necessidade fundamental de uma análise de conteúdo de cunho dialético de contrastação, através da qual possamos, de algum modo, chegar a entender as intenções humanas impulsadas pelas crenças, o que, de certa forma, é motivado pelo campo da consciência, no horizonte do movimento histórico e social.

**CAPÍTULO 3**

**A MEDICINA E SEU CONTEXTO**

**HISTÓRICO, POLÍTICO, IDEOLÓGICO DA PRAXIS**

Ao abordarmos o tema Medicina, não podemos deixar de relacioná-lo com os assuntos tratados anteriormente, isto é, o estudante de Medicina e o médico, pessoas adultas que deverão desempenhar uma tarefa cheia de controvérsias mas de inegável importância, e as opiniões que, neste trabalho, são os elementos esclarecedores de como pensam e sentem as pessoas em estudo.

Deste modo, ao analisar a Medicina, temos consciência muito nítida de que não é um tema fácil, nem de contornos muito bem definidos, embora como fato social se constitua em algo de importância inquestionável, ante o qual não temos escapatória. Isto fica bastante salientado no plano de ação da Faculdade de Medicina da UFRGS (1985), quando coloca que a questão da Saúde é um dos problemas prioritários a ser enfrentado nos programas administrativos dos órgãos governamentais. Os autores deste trabalho acrescentam que a falta de saúde, nos seus aspectos mais prevalentes, vem associada à falta de saneamento básico, de higiene, de habitação, de alimentação, à ignorância, ao desajuste familiar e social e ao desemprego. Continua o Plano destacando que se depreende dessa identificação que a questão promoção da saúde faz parte de um contexto mais amplo do que a simples presença da doença. Isto nos leva a meditar seriamente sobre o papel decisivo que a Medicina tem em contexto em desenvolvimento, como o nosso, o que nos alerta para uma atitude de vigilância crítica sobre a função social, política e econômica do fazer médico.

A Medicina, como a Educação e a Economia, se constituíram em peças-chave das sociedades contemporâneas, indiferente de ideologia ou regimes políticos. A força destas três

**instituições** é de tal ordem que dificilmente qualquer pessoa poderia escapar de seus determinantes, exigências, preceitos e **normalizações**. Parece que os poderes estatais se apoiam direta ou indiretamente nas **instituições** citadas e de algum modo passam a ideologia que empossam e acreditam.

O importante, entretanto, é que cada uma destas **instituições** tem em si uma ideologia, um corpo de conhecimentos, uma série de atributos e, especialmente, práticas que a tornam singular e poderosa. Desde logo podemos aceitar como extremamente relevante o fato de que a saúde implica em uma das necessidades mais urgentes dos seres humanos e que tem servido como elemento de manipulação, especialmente em sociedades em desenvolvimento, cuja concepção de saúde não é suficientemente aberta e democrática, o que permite, através da Medicina, uma dependência funcional e, de certo modo, aspectos míticos e simbólicos, cujos efeitos são bastante bem conhecidos.

É interessante observar as similitudes que se dão nestas áreas do conhecer e agir humanos e o mais significativo é como se foram organizando e desenvolvendo, até chegar à situação atual, onde exercem um significado todo especial, cuja dimensão mais íntima parece-nos de vital importância conhecer.

Assim como na Educação o aluno não pode escapar do ensino do professor, nem o professor do sistema do qual faz parte, a Medicina, curiosamente, lida com as dimensões de enfermidade e saúde, entanto o médico necessita do doente, assim como o doente precisa da cura. Estas relações aparentemente ingênuas envolvem dinâmicas extremamente curiosas que foram se estruturando e desenvolvendo desde os mais longínquos tempos.

A este respeito, destaca Tähkä (1988) que a profissão médica é provavelmente uma das mais antigas do mundo mas, ao mesmo tempo, a ciência médica, encontra-se apenas em seu segundo século de existência.

Esse autor finlandês acrescenta que enquanto a prática da arte da medicina tem suas raízes em épocas pré-históricas, a Ciência da Medicina pode ser considerada como havendo nascido apenas durante o século XIX, sendo um dos resultados do fenomenal progresso das Ciências Naturais.

Em termos de esclarecimento, ele nos diz ainda que o enorme desenvolvimento da Ciência da Medicina, particularmente durante o século XX, foi tornado possível pelos conhecimentos da física, da química e pela adaptação dos métodos científicos naturais ao estudo e ao cuidado do corpo humano e suas patologias. Por outro lado, não podemos esquecer que, especialmente hoje, são de vital importância os conhecimentos emanados das chamadas Ciências Sociais, entre as quais estariam a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia. Conseqüentemente, a Medicina estaria, hoje, na encruzilhada de ter que procurar a sua **identidade** na base de uma dimensão multidisciplinar, na qual o médico não pode fugir do seu papel social altamente relevante, através do qual ele se contextualiza e toma consciência do seu real papel.

Assim, os questionamentos mais acirrados são levados a efeito e, através deles, novas situações emergem no sentido de uma valorização crítica.

Hoje, no momento em que a dessacralização toma conta, nos podemos aperceber como as relações aparentemente ló-



gicas e normais têm um sentido configural extremamente crítico, que pode ser analisado, estudado e criticado.

Por isto, estabelecer um conceito de Medicina é, já em si, uma aventura, embora necessária para poder entender a temática na qual estamos envolvidos e que afeta a tantas pessoas. Daremos algumas conceituações, apesar de não nos inclinarmos necessariamente por todas elas.

A primeira conceituação é de Garcia (1983, p.363-4), coordenador interino de investigações da Organização Panamericana da Saúde, com sede em Washington D.C., nos Estados Unidos. Diz o autor que

*a Medicina, segundo a Real Academia Espanhola, é a ciência e a arte de precaver e curar as doenças do corpo humano. No seu significado mais amplo Medicina é um campo, região ou parte da sociedade constituída por práticas e conhecimentos que se diferenciam de outros que se dão nesta mesma sociedade.*

Segue o autor, "a forma mais simples para diferenciar estas práticas seria a de assinalar seu objetivo mais óbvio: a prevenção e cura da enfermidade e a preservação da saúde".

Este mesmo autor nos alerta que nem sempre este conceito foi assumido e aceito e houve variações de prática e abrangência durante a história da humanidade.

Para Babini (1980), a Medicina tem sido catalogada como fazendo parte das Ciências Naturais. Este autor mostra que, embora a doença seja um fenômeno natural, pode ser concebida dentro de fenômenos sociais e psicológicos, apesar de que possa tender, nestes últimos tempos, a uma visão mais antropoló-

gica da Medicina, o que quer dizer estudar o fenômeno humano em referência a culturas, isto é, valores, padrões, simbolizações e obras peculiares realizadas pelos seres humanos no transcorrer da sua história.

O enfoque antropológico da Medicina tem um sentido altamente importante, já que são contempladas as diversas variáveis que podem explicar o sentido profundo da saúde.

Uma outra conceituação é colocada por Mello (1983, p. 13), que destaca que "a Medicina pode ser definida como o conjunto de conhecimentos científicos destinados a promover, proteger e recuperar a saúde do homem", acrescentando que

*disso não se pode e nem se deve concluir que a saúde é uma decorrência da prática da Medicina. Não é a quantidade de médicos, de enfermeiros, de medicamentos, de leitos hospitalares, que determina o nível de saúde de uma população.*

Este autor apresenta um ponto de vista bastante interessante, já que enfatiza a independência da saúde do próprio ato médico e isto se expressa no comentário que faz:

*embora a medicina possa influir, de alguma maneira, nos indicadores técnicos que traduzem o grau de salubridade de determinado contingente demográfico, hoje não parece haver dúvida: a saúde depende de como as pessoas se alimentam, como moram, em que condições trabalham, como se vestem, como se divertem. Em resumo, o nível de saúde depende do nível de vida.*

Já para Tähkä (1988), a Medicina precisa não apenas uma boa base das Ciências Naturais mas uma compreensão abrangente da sua função e de seu estatuto epistemológico. Neste

sentido sanidade ou enfermidade não são aspectos simplesmente causais mas estão intimamente ligados a uma contextualização histórica, política e social que determina um ser humano no seu todo desconhecido mais abrangente. Isto pressupõe um manejo amplo de um conhecimento filosófico crítico e, ao mesmo tempo, uma dinâmica estrutural através das descobertas científicas e tecnológicas.

Estes conceitos apresentam dimensões complementares, que nos evidenciam aquilo que Miroli (1978) tenta explicar na obra *La Medicina en el Tiempo*.

A preocupação sobre História da Medicina e suas repercussões sociais é bastante significativa e pode encontrar-se em Alsina (1982) e Laín Entralgo (1983). Um grande número de autores têm tentado explicar os fatos históricos para poder conhecer melhor o fenômeno médico e, de certa forma, equacioná-lo em linhas mais realistas e de cunho menos apaixonante. Esta paixão tem sido encontrada em autores como Illich (1975), cujas críticas ferozes à Medicina têm um cunho quase patológico.

Passaremos a analisar o sentido da Medicina em um histórico muito bem colocado por Piulachs (1976), quando trata da evolução do conceito enfermidade, através dos diversos posicionamentos que originam possíveis **modelos médicos**:

**Teoria ontológica:** desde os primórdios da humanidade se considerava que a enfermidade era um ente próprio, concreto, independente e que se instalava nas pessoas de duas formas: objeto como pedras ou flechas; influxos sobrenaturais, castigos ou provações dos deuses. O sujeito poderia, ou não,

expulsar esta enfermidade. Ela tinha vida própria (nascimento, amadurecimento, reprodução e morte).

Miroli (1978) complementa comentando que isto originou a denominada **medicina instintiva**, que procura descobrir sempre a causa externa da enfermidade, que tem um sentido mágico e que necessita ser exorcizado, extraído com rituais através da **medicina mágica**, realizada pelos médicos magos. Para manter os segredos do exercício profissional eles se separaram do restante da população, vestindo-se diferentemente e se considerando superiores, surgindo a **medicina sacerdotal**.

Na Mesopotomia surgiu a medicina mais antiga conhecida, por ter deixado obras escritas, como o código de Hammurabi (descoberto em aproximadamente 1900 a.C.) sobre o exercício profissional.

No Egito a medicina era de tal modo dividida que se tem idéia de que cada doença era tratada por um especialista, ainda permanecendo certa idéia de mágica e invocando deuses, um deles Inhotep ( $\pm$  2980 a.C.), o deus médico.

Na Índia também havia a preocupação com rituais, deuses e textos sagrados, baseando as enfermidades em perturbações de harmonia entre três humores: o espírito, a bilis e a fleugma.

Na China, pelos relatos, em 2800 a.C. Shen Nung escreve um livro sobre cem remédios. A medicina se fundamenta na interação harmoniosa entre dois princípios: o Yang e o Ying.

**Teoria humoral:** com a evolução filosófica em torno do século V a.C., se coloca a interação harmoniosa entre os qua-

tro elementos naturais: fogo, água, ar e terra. Como o organismo está integrado destes elementos, pode ocorrer harmonia (saúde) ou desarmonia (enfermidade), unidos por dois princípios, um externo (a discórdia) e outro interno (a amizade). Esta é a teorização dominante na Escola de Cos, na qual a figura mais conhecida é Hipócrates. Os quatro humores que estão em harmonia são a fleugma (secreções claras), sangue, bilis amarela (vômitos) e bilis negra (do baço). Para ele é o enfermo todo que adoecer, portanto é necessário colher dados de sinais e sintomas para tentar estabelecer o prognóstico e tratamento, não havendo ainda a idéia de diagnóstico específico de doenças.

A interpretação é sintética, personalista e integral.

**Conceito analítico:** na mesma época, na Grécia, a escola de Cnido se fundamenta muito mais na fisiologia, anatomia e patologia, procurando localizar individualmente as lesões ocorridas em algum órgão. A influência dos pitagóricos faz-se sentir ao tentar medir, pesar, enumerar, é a quantificação de dados. O representante mais conhecido é Erasístrato.

A interpretação é individualista e localista.

Desta época, passando por Roma, onde ainda prevalece o culto aos deuses, entre eles os dedicados à cura de doença, pouco se muda em termos de Medicina até as grandes descobertas do século XV, especialmente por ter ficado o desenvolvimento das Ciências sob o domínio da Igreja.

Com as descobertas da América, as viagens ao Oriente e a perda de poder da Igreja, a medicina se desenvolve em algumas universidades laicas, o que contribui para sua evolução.

**Enfermidade como espécie natural:** em 1675 Sydenham reforça as idéias hipocráticas de observação meticulosa e experiência, acrescentando o estudo de enfermidade (já definidas e delimitadas) e faz surgir a idéia de **species morbosa** (enfermidade como algo autônomo que ataca um organismo, o qual se defende e resiste a ela).

A descrição e análise pode levar à história natural da enfermidade, com uma sistematização inclusive dos tipos de doença, com utilização já de medicamentos específicos para certas doenças (quinino para a malária, ferro para a anemia).

Definitivamente a medicina se torna científica, afastando outros tipos de causas de doenças, que são trabalhadas por sacerdotes, erveiros e outros profissionais.

**Conceito localista:** em 1795 Morgagni reforça consideravelmente o conceito anatômico e fisiológico da enfermidade, assentada em órgãos.

**Interpretação mecanicista:** Virchow ressalta a colocação de enfermidade como perturbação celular e a medicina se volta para interpretação mecanicista e materialista.

Com Comte, no século XIX, se valoriza extremamente o **fato científico**, que deve ser objetivo, obtido da experiência, análise, compilação e confrontação de dados.

Com o auge das pesquisas físico-químicas e anatomopatológicas, se consolida o conceito localista e mecanicista da enfermidade.

O extremismo desta abordagem leva à ênfase na dimensão materialista.

**Interpretação causalista:** Em meados do século XIX, com Pasteur e Koch, se considera a enfermidade como a consequência da penetração, invasão, colonização de agente exógeno no organismo, surgindo a medicina causalista ou etiológica. Aparece a especificidade do agente e da localização da enfermidade, bem como uma ação capaz de modificar o organismo, este não é passivo e reage específica e individualmente.

**Interpretação fisiopatológica:** No auge dos estudos de patologia e fisiologia de maneira experimental, século XIX, se tenta descobrir o mecanismo de ação do agente etiológico da enfermidade e o processo de reação do sujeito.

O próprio organismo pode auxiliar, compensar, influir na enfermidade através de sua fisiopatologia físico-química.

**Interpretação funcional:** No final do século XIX ocorre uma troca da idéia de patologia morfológica pela patologia funcional, já se tenta localizar a **lesão bioquímica primária** como a causa de enfermidade, uma alteração química estrutural em termos de mecanismo de ação. Se passa ao estudo submicroscópico, dentro da célula.

**Interpretação individualista:** É a contribuição do sentido de não existir a doença senão o doente, não existe tuberculose senão o tuberculoso. Influem os conceitos novos de alergia, herança, idiosincrasia, criando a patologia reacional, valorizando os fatores endógenos, particulares, em um indivíduo real e concreto.

**Hominização de enfermidade:** No início do século se retoma a idéia de pessoa, a consideração biográfica, personalógica e antropológica.

Esta fase teria quatro partes distintas:

- Freud e sua obra, unindo o íntimo (impulsos, pulsões, paixões) à enfermidade, que se funde ao indivíduo.
- O círculo de Viena, estudando as alterações somáticas decorrentes dos transtornos psíquicos neuróticos e das outras doenças.

Em 1928 se destaca a necessidade de colocar peso igual, na Medicina, entre a ciência natural e ciência do espírito. (O homem é posto em movimento em sua unitária configuração física e espiritual).

- O círculo de Heidelberg, que coloca que deve haver um sentido dentro da biografia do enfermo, que deve ser conhecida e explicada mas também, e principalmente, compreendida.
- A medicina psicossomática, recente, colocada a partir de 1934.

Mais recentemente se tem a contribuição de uma Medicina Antropológica, que vem considerar a enfermidade como acontecimento pessoal, único e irrepetível, encravado na biografia do enfermo.

Outra forma de entender a evolução da medicina no tempo nos é dada pelo clássico trabalho de McKeown (in Landmann, 1984), quando se distinguem quatro períodos específicos pelos quais passou a humanidade e, conseqüentemente, a medicina:

**Período nômade** - durando cerca de dez mil anos, se pensa que nele o homem vivia a esmo, alimentando-se de caça, pesca e frutos.

Nesta etapa deveriam existir cerca de dez milhões de



peessoas, devido à alta taxa de mortalidade, baixo índice de natalidade por abstinências prolongadas e longos períodos de lactação. Parece que não existia uma medicina estruturada nesta época, por se viver em pequenos bandos.

**Período agrícola** - após este período nômade o homem se fixou nos locais em que vivia, calculando-se que no início da era cristã o número de seres humanos estaria em torno de duzentos e cinqüenta milhões (a partir de 1830 se calcula que tenhamos ultrapassado o primeiro bilhão de pessoas). Como não havia uma organização em termos de higiene, cultivos, água e dejetos, havia muitas mortes causadas pelas pestes, subnutrição e falta de higiene. A medicina estaria muito ligada aos que detinham o poder econômico e político (igrejas, estados).

**Período de transição** - entre o século XVIII e os dias atuais, caracterizando a mudança da fase agrícola para a industrial. Nos países desenvolvidos ela já aconteceu, nos em desenvolvimento ainda permanecemos nesta fase. Predominam as doenças do tipo cárdio-vasculares, câncer, violência, doenças pulmonares, devido à queda do número de mortes por infecções e desnutrição em geral, além da introdução de medidas sanitárias em grande escala (água, esgoto, controle da poluição e alimentar). Acredita-se também na mutação do poder de agressão dos germens com o passar do tempo, isto porque a maioria dos germens que matam a pessoa mal nutrida e que mora em locais sem higiene está no organismo também do bem alimentado e de boa moradia, sem o afetar.

Surgem hoje doenças causadas pela má utilização de antibióticos, especialmente em países em desenvolvimento como os nossos, além das temidas infecções hospitalares e agentes

agressivos novos (por exemplo a AIDS). A medicina é muito mais curativa.

**Período industrial** - nos países desenvolvidos ocorrem muitos casos de doenças hereditárias, violência, acidentes de trânsito, suicídio, doenças mentais, doenças cardíovasculares e pulmonares, em vez de infecções e epidemias. A vida é muito agitada, estressante, competitiva. A medicina também é muito sofisticada, tecnicamente insuperável. Surgem os denominados processos contra os médicos.

Evolutivamente se denota, então, que a Medicina parece estar extremamente associada à transformação da humanidade. Durante certos períodos, e isto ainda existe hoje em diversos lugares na Terra, ela está associada mais ao dogma, diríamos que ela é dogma até. Em outros lugares está cientificamente desenvolvida, algumas vezes é encarada como a salvação através da mitificação, em outras está em fase avançada de dessacralização.

Se nota, hoje, um contato profundo intercultural, mesmo aqui já falamos em medicinas alternativas como a acupuntura ou a homeopatia, não bem aceitas por certos grupos de médicos, mais restritos em seu pequeno mundo sacralizado, cristalizado diríamos até.

Pelo que pudemos observar, todos os dados citados nos levam a entender que a Medicina, como produto das necessidades e da criatividade humana, está sendo estudada desde vários ângulos, em especial o sócio-político, onde os ideários começam a questionar a validade da Medicina como forma inicialmente restrita e elitista. A rigor os diversos problemas de saú-

de, que afetam a maior parte da humanidade, têm constituído um profundo desafio para soluções a curto e a médio prazo.

A Organização Mundial da Saúde (1981) tem questionado os rumos da Medicina no seu estudo "Estratégia Mundial da Saúde para Todos no ano 2.000". Este questionamento, que foi levantado em 1979, na XXXIIª Assembléia Mundial da Saúde, lançou a estratégia mundial de saúde para todos no ano 2.000, adotando as resoluções que se fundamentam no relatório e na declaração da Conferência Sobre Atenção Primária de Saúde, celebrada em Alma-Ata, na Rússia, em 1978 e nas reuniões posteriores.

Estas reuniões colocam como importância fundamental o discutir temas relevantes que afetam profundamente a Saúde, conseqüentemente a Medicina, entre eles a desnutrição, o analfabetismo, as situações económicas, os gastos com a saúde, a urbanização, as tendências demográficas mundiais e o pessoal de saúde.

Os princípios fundamentais têm muito que ver com uma profunda reformulação das atitudes políticas a respeito do ato médico e, principalmente, do significado de saúde.

Já em Alma-Ata, a Declaração tinha sido enfática a respeito dos componentes essenciais da Atenção Primária em Saúde. Ela tinha salientado os seguintes termos (OMS, 1981, p. 33-4):

*... a Educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção e administração de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e*

*saneamento básico; a assistência materno-infantil, com a inclusão do planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecto-contagiosas; a prevenção e a luta contra as doenças endêmicas locais; o tratamento apropriado das doenças e traumatismos comuns; a administração de remédios essenciais; ...*

Na verdade se procurou salientar uma panorâmica mais realista sobre algo abandonado, isto é, a Atenção Primária em Saúde.

Notamos, aqui, um giro importante na concepção de Medicina, que passa a ter uma forte tendência educacional, estando ligada a problemas sociais mais amplos e a situações sócio-econômico e políticas mais específicas.

Se previu que a saúde é um direito humano fundamental e uma meta social para todos, alcançável até o ano 2.000, não pode nem deve a Medicina ficar afastada da relevância política no seu sentido mais nítido, isto é, **todos têm direito à saúde**, logo propicia uma modificação profunda, já que privilegia as minorias necessitadas e se tenta também prevenir, através de educação.

Na história da Medicina se tem observado movimentos oscilantes, que de certo modo correspondem aos ideários filosóficos e políticos.

Deste modo é importante entender que a dimensão política da Medicina e seu sentido social têm repercussões na práxis médica (e na Educação Médica) que, provavelmente até o momento, não têm sido profundamente analisadas e, talvez, nem sequer postas em prática.

Estes comentários nos levam a algumas observações de ordem crítica, que podem ser expressas sobre o papel da Medicina em países em desenvolvimento, com quadros **patogênicos** curiosos e conflitantes, onde as doenças endêmicas (diríamos mais **primitivas**) se misturam com as doenças chamadas de **elitistas** (as dos países desenvolvidos), curiosamente se observa que as ações preventivas, bem como as intervenções estatais, não têm conseguido chegar a níveis aceitáveis de cumprimento do dever da saúde para todos (a não ser nos países mais desenvolvidos).

Assim colocada a questão, sentimo-nos bastante intrigados sobre a forma com que o pessoal de saúde visualiza sua profissão, seu desempenho e sua ação social.

Evidentemente, os fatores não sendo estanques, há toda uma tendência a desvelar uma rede complexa de interações, tanto simbólicas quanto práticas, que podem, em algum momento, ajudar a compreender o fenômeno médico de irreversível comprometimento e profunda dinâmica social.

As relações da Medicina com a Educação pressupõem uma possibilidade de análise crítica e conseqüente efetivação de desempenhos humanos, às luzes necessárias e inevitáveis da melhoria social de populações.

Em síntese, a Medicina, através do seu percurso, tem se evidenciado como forma válida de atendimento ao equilíbrio do ser humano e, especialmente, ao reconhecimento de suas potencialidades saudáveis, em uma existência determinada.

Ante estas colocações, cabe ainda salientar alguns aspectos relevantes que surgem nestes últimos tempos, devido às

modificações profundas levadas a efeito em todo mundo, aos sentidos políticos, econômicos e culturais. Assim temos:

- \* uma tendência bastante acentuada, em todo o mundo, mas em especial nos países em desenvolvimento, a uma Medicina voltada para as camadas populares, com uma preocupação extremamente nítida de prevenção e Educação dos direitos e deveres do cidadão, visando atingir as comunidades, especialmente no que tange aos cuidados mais elementares.
- \* fruto do movimento mundial, nota-se nitidamente nas universidades e, em especial nas Faculdades e Escolas de Medicina, uma preocupação pela formação do médico e currículos con- dizes com a nova dimensão social que já está aí. Neste sentido, trabalhando em um hospital de um município bastante carente, sentimos o quanto é importante um conhecimento mais amplo e aprofundado das necessidades sociais, bem como é relevante aprender a administrar poucos recursos, típicos de país subdesenvolvido.
- \* ainda acentuaríamos a polêmica estabelecida entre os diversos grupos que praticam a medicina, isto se nota claramente nos posicionamentos assumidos entre as denominadas práticas médicas comunitárias, as medicinas cooperativistas e as medicinas de grupo, que parecem interessadas em estabelecer posições hegemônicas, sem se aperceber do pluralismo social e diferenças culturais.
- \* a recente promulgação da Constituição do Brasil, que coloca, em seu artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros a-

gravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Creemos que estes elementos nos posicionam também ante novas possibilidades de ver mais criticamente a Medicina.

## CAPÍTULO 4

A EDUCAÇÃO MÉDICA: TRADIÇÃO VERSUS INOVAÇÃO NA  
FORMAÇÃO DO MÉDICO E NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO



Como podemos examinar, a Medicina vive um momento crucial na sua dinâmica, estruturação e sentido. Bensaïd (1986) aponta a necessidade de compreender o fenômeno médico na sua contextualização, embora isto não possa ser suficientemente determinante, já que a própria medicina terá que, fatalmente, principiar por definir o seu campo, sua natureza, a meta e os meios da sua ação.

Na medida em que a Medicina é uma atividade humana, preocupada essencialmente na dialética saúde-doença, ela partilha da incompletude da sua natureza e, conseqüentemente, passa a ser uma atividade sempre em processo. Isto nos alerta para aquilo que Laín Entralgo (1986, p.XVII) diz a respeito da Medicina, "que designa três realidades diferentes: uma instituição social, uma atividade profissional e um conjunto de conhecimentos". Esta dimensão tripartida expressa o fenômeno moderno da importância da medicina e do seu relevo na sociedade contemporânea.

Todos sabemos que a instituição social médica constituiu-se, independente da sua ideologia, em um poderoso instrumento do estado. A este respeito, as publicações têm sido numerosas, embora no nosso entender nem sempre criteriosas. Sobre este tema McKeown et Lowe (1986) se têm manifestado, preconizando uma medicina social ampla, que dinamiza a organização dos serviços de saúde. Mostram os referidos autores uma evolução histórica, cuja culminação, de certa forma, se faz notar nas sociedades socialistas e no pós-industrialismo. Com este enfoque Costa et López (1987, p.57) manifestam textualmente que:

*a saúde e a doença não são acontecimentos que ocorram exclusivamente no espaço privado de nossa vida pessoal. A qualidade de vida, o cuidado e promoção da saúde, a prevenção, os problemas de saúde e a morte mesma acontecem no denso tecido social e ecológico no qual transcorre a história pessoal.*

Chamamos a atenção sobre o critério não apenas institucional mas comunitário da medicina, que, através dos diferentes contextos sócio-político-econômicos, se estrutura claramente com um enfoque cada vez mais social e, sem dúvida, comunitário.

No que diz respeito à prática médica, chamaríamos a atenção sobre o que Beauchamp et McCullough (1987) referem sobre as responsabilidades morais dos médicos, mostrando que existe hoje consciência muito clara de que a certeza não caracteriza adequadamente as condições normais da atividade clínica. Apontam ainda que diagnosticar é decidir a opção nosológica entre todas as opções possíveis, por isto a tomada de decisões costuma ser problemática precisamente porque deve realizar-se em condições de grande incerteza. Isto nos leva a pensar seriamente na realidade do comportamento médico do que é mais importante e como tem sido **educado** este comportamento. Estamos, pois, ante temas extremamente importantes que vão além da competência profissional e que envolvem dimensões psicossociais que são de extrema importância no momento em que analisamos as relações médico-paciente.

O outro aspecto fundamental são os conhecimentos médicos, existe hoje todo um debate a respeito da epistemologia da medicina, bem como as ciências que a nutrem e esclarecem. Neste sentido, cabe chamar a atenção que é de suma importância o estudo da antropologia médica bem como as dimensões sociais

políticas e econômicas, em rápida modificação e que provocam profundas alterações naquilo que, tradicionalmente, se considerava o poder de curar.

Como observamos, o sentido da Medicina está mudando nos últimos tempos, especialmente se levarmos em conta os graves problemas pelos quais o mundo contemporâneo passa, momentaneamente os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento.

Neste sentido as contribuições históricas feitas por Rosen (1980) nos esclarecem a respeito dos movimentos levados a efeito principalmente na Europa e nos Estados Unidos. É ponderável também a contribuição de Berlinguer (1983), quando salienta notavelmente o papel da Medicina, bem como a formação do médico e sua abrangência social.

Por isto é conveniente entender que a Educação Médica, que tem hoje uma importância fundamental, significa, entre outros aspectos, o reconhecimento do melhor preparo de recursos humanos para um desempenho profissional que possa se tornar condição sine qua non de um desenvolvimento mais coerente, orgânico e especialmente caracterizado pela justiça social.

Ferreira (1986, p.26), ao falar sobre a análise prospectiva da Educação Médica, nos diz textualmente que

*falar da qualidade da Educação Médica é falar da competência dos médicos que forma uma determinada escola, entendida esta competência como a soma das adaptações da prática ao conjunto das circunstâncias sociais especiais que ocorrem dentro das barreiras levantadas pela situação de uma profissão dada: a medicina neste caso.*

Acrescenta ainda o mesmo autor que

*esta competência é posta à prova no desempenho profissional e, como está implícito na definição anterior, a avaliação deste desempenho só pode ser feita a posteriori da graduação, no ambiente mesmo da prática médica.*

Na verdade, o autor nos alerta sobre o aspecto de como o pessoal médico é formado e como isto é importante para a análise do desenvolvimento de uma educação médica. A rigor, a análise de como foi preparado o médico ou como o está sendo, nos manifesta o sentido social das instituições educativas e como elas interagem com a sociedade como um todo.

Ferreira, neste artigo, realiza um interessante estudo sobre a realidade da América Latina, mostrando como tem havido pouca preocupação em adequar o ensino médico às realidades contextuais. Ele nos chama a atenção das influências variadas sobre a Medicina latino-americana e como, salvo exceções, até hoje, o divórcio com a realidade acontece. Propõe, além da análise retrospectiva, uma análise prospectiva para o ano 2.000.

Este tema extremamente atrativo, será novamente por nós abordado no transcorrer do nosso trabalho.

No que diz respeito à Educação Médica no nosso país, é importante mencionar o documento número 6 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação (in Ensino Médico, 1986), segundo o qual nos últimos quinze anos acumularam-se no Brasil numerosos estudos acerca do ensino médico, tentando acompanhar o que se passava no mundo, em especial na nossa América Latina.

Constatou-se uma franca tendência na qual a Educação

Médica não pode ser considerada como um processo isolado, mas como um aspecto fundamental do sistema de atendimento à saúde. Por isto, refere o documento, ele deverá acompanhar as mudanças que ocorrem nos serviços de saúde, na estrutura assistencial e, especialmente, na prática médica. Isto quer dizer que a importância da formação de recursos humanos é inevitável. A Educação Médica, então, está constrangida a ser mais eficaz, especialmente se levarmos em conta as novas dimensões sócio-político-econômicas.

Arruda (1983) tem salientado a importância dos recursos humanos na área de saúde como estratégia de desenvolvimento. Para este autor é relevante entender que uma reconstrução social parte de uma perspectiva realista, onde a universidade contribuiria de maneira decisiva, na medida em que se apercebesse da importância do preparo dos seres humanos para o desempenho de funções de cunho social amplo e cada vez mais necessário.

Diz o autor Arruda (1983, p.315-6) que

*os países de Terceiro Mundo ressentem-se da insuficiência de três fatores indispensáveis ...: recursos humanos, tecnologia própria e um quadro institucional adequado, tríade que deve ser planejada em estreita correlação.*

Continua o autor afirmando que

*no que tange aos recursos humanos é imperioso atingir efetivamente um nível de qualificação e quantificação capaz de propiciar o uso produtivo dos recursos naturais e do estoque de capital. Esse uso pressupõe a existência de uma tecnologia autônoma e de um contexto institucional que favoreça a assimilação e aplicação dos conhecimentos adquiridos.*

Esta citação nos revela algo muito importante para meditação, que significa, em primeiro lugar, qual o sentido dos recursos humanos na Medicina, que tipo de tecnologia deveríamos desenvolver no campo de saúde e, especialmente, uma análise crítica profunda do nosso quadro institucional, que, como veremos, se apresenta muito variado e problemático, de acordo com as diferentes regiões do nosso país.

Parece-nos oportuno, neste momento, tentar ver um quadro mais amplo do que seja a Educação Médica e como tem chegado até nós e qual o seu valor e significado no momento atual.

Andrade (1978 a,b,c e 1979) tem sido um dos autores mais significativos, ao analisar, com profunda agudeza, a Educação Médica na América Latina. A seguir comentaremos as idéias deste autor, que, sem dúvida alguma, tem dado uma contribuição da máxima importância ao tema em estudo.

Segundo Andrade, para poder entender a Educação Médica, é necessário estabelecer um marco conceitual do que ela representa. Para ele, este marco conceitual se encontra localizado no centro de uma intrincada rede de relações e é a resultante da interação entre os diversos elementos que participam da mesma e entre os quais os mais importantes são:

- \* a estrutura social e econômica e a da prática médica em cada país;
- \* as relações internas do processo de produção de médicos;
- \* a ideologia prevalecente a nível profissional;
- \* a estrutura de poder internacional.

dro de ação, o que nos possibilita, em primeiro lugar, uma análise mais realista e objetiva do fenômeno da Educação Médica. Sem dúvida, o conhecimento da estrutura social e econômica pode **iluminar** o que representa a prática médica, no seu sentido social ou de privilégio.

Como já tínhamos afirmado, a Medicina é atividade social e criadora, não pode simplesmente ficar alijada de situações-problema, especialmente em países em desenvolvimento. Por isto, cremos que a formação médica deve estar alicerçada no sentido político e social, bem como nos ideais que são inerentes a este ramo de atividade.

Outro aspecto importante é o que diz respeito às relações internas do processo de produção de médicos, o que implica em um melhor conhecimento de aqueles que aspiram ou já desempenham a profissão. Este esclarecimento é necessário porque pode implicar em uma política educacional específica, bem como pode incidir sobre metas de formação, currículos, formas de ensino e tipos de seleção à carreira médica.

A este respeito é importante o trabalho de Silva (1982), que manifesta a sua preocupação pelo decréscimo de qualidade de formação de médico, a partir da manifestação que se fez notória a partir da década de 60. Neste sentido, o referido professor se refere às dificuldades que o ensino médico defronta, que seriam as seguintes:

- \* descobertas científicas aceleradas
- \* explosão da informação
- \* progresso tecnológico cada vez mais notório
- \* pesquisa educacional em expansão

- \* exigências da sociedade cada vez mais prementes
- \* pressão econômica
- \* direção governamental

Estas problemáticas afetam, sem dúvida, o médico ou àquele que para tal se está preparando. Neste sentido, a preocupação de Silva é bem relevante, já que uma política educacional deve levar em conta as relações internas anteriormente assinaladas.

Obviamente estas interrelações são muito necessárias no momento em que as sociedades estabelecem princípios de reforma e inovação.

O médico ou o futuro médico são, antes que profissionais, seres sociais e como tal perfazem um caminho que deveria ser melhor analisado, já que toda formação, em princípio, visa um contributo social e cultural de inquestionável validade.

Andrade (1978b) nos coloca inicialmente a necessidade de entender quais sejam o objeto da Medicina, o propósito da mesma e os agentes desta.

Por objeto entende o autor o ser humano como ser individual, ou conjunto de homens que constituem grupos sociais ou comunidades, ou ainda o meio ambiente ou qualquer combinação destes elementos citados.

Sobre o propósito da Medicina, coloca que é conservar a saúde, curar a doença, aliviar o sofrimento que esta provoca ou qualquer combinação deles.

Os agentes de medicina são aqueles que a praticam e,



com o seu desempenho, têm dado evidências de sua necessidade e importância.

Obviamente que, em um marco conceitual, os elementos citados devem ser considerados como relevantes, qualquer que seja o enfoque de análise que estivermos utilizando, pressupõem a matriz básica do entendimento, pelos quais a ideologia do ato médico se evidencia e se torna ação.

Têm havido diferentes enfoques que tentaram explicar o sentido da Educação Médica. Um deles é socialização ocupacional, que evidencia o processo pelo qual as pessoas adquirem seletivamente as atitudes, interesses, valores e destrezas expressas em conhecimento, pelos quais se identificam com o grupo de referência.

Outro enfoque seria o das relações humanas, focalizando a influência criada por um ambiente de natureza emocional e pessoal, onde a aprendizagem responde às expectativas de grupo.

O aspecto comportamental tem sido também importante para conhecer o aparato de um ensino médio voltado a princípios de análise do comportamento, onde as situações estimuladoras e reforçadoras colocam o objetivo de uma aprendizagem o mais produtiva possível.

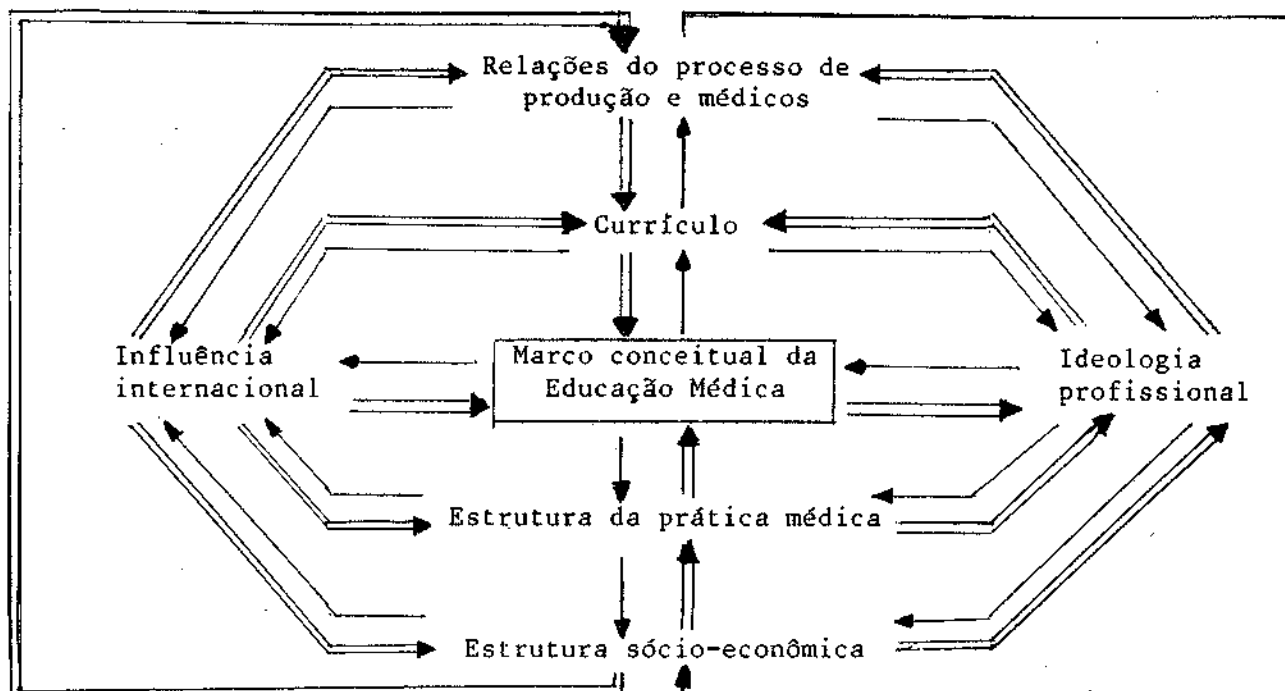
Outras duas teorizações apontadas por Andrade seriam a teoria geral dos sistemas e o enfoque estruturalista. A primeira estaria interessada em entender os componentes sistêmicos que interagem no sentido de cooperação e mediação e com isto agiria no sentido das analogias e como o todo envolveria as partes dinamicamente.

O enfoque estruturalista rejeita as analogias e estimula a realização de um esforço interpretativo que se fundamenta no estudo histórico dos fatos, para compreender melhor a evolução dos processos e a identificação dos fatores que o dinamizam.

As colocações de Andrade são, sem dúvida, provocativas e nos apresentam os modelos que, na década de 70, foram de bastante relevância. Cremos que, nestes momentos, uma Educação Médica deveria de estar orientada para uma dimensão **antropológica-dialética**, onde criticamente se analisassem o porquê da formação do médico como ser cultural e social, o sentido do paciente ou grupo de pacientes que formam a população e a função real da Medicina como **mediadora** de ideais e desejos sociais.

Por outro lado, cabe ressaltar aqui a necessidade que temos, na América Latina, de conhecer melhor a nossa história e de entender, com prudência, o que tem sido a evolução de nossos ideais, bem como o efetivo desempenho das profissões de ajuda. Sem esta análise, resulta no mínimo comprometedor todo e qualquer trabalho que se fizer sobre a Educação Médica.

Em outras palavras, existe toda uma dinâmica em andamento para ser desvelada, a qual implica nesta relação que é estabelecida por Andrade (1978 a, p.14) na figura de sua autoria, que em continuação nos permitimos colocar:



(as linhas duplas assinalam a direção da influência dominante)

FIGURA 1 - Relações do Marco Conceitual da Educação Médica

Observando a figura, podemos ver, conforme o que já colocamos, que a interinfluência do marco conceitual da Educação Médica incide sobre o currículo, e este influencia as relações do processo de produção de médicos, bem como este marco conceitual passa a ser influenciado pela estrutura da prática médica e a estrutura sócio-econômica.

O que não tínhamos ainda analisado é a influência internacional, que tem uma força realmente importante e que, finalmente, passará para a ideologia profissional através do marco conceitual.

Andrade chama a atenção que a organização dos conteúdos curriculares e as experiências educacionais em marcos sociais determinados, contribuem para a configuração da Educação Médica de maneira significativa. Nos alerta também que esta organização de conteúdos atende a teorias do conhecimento que, de certo modo, estão de acordo com os interesses daqueles que exercem o domínio da estrutura social e econômica.

Acrescenta que as experiências educativas servem para reforçar a forma hegemônica da prática médica na respectiva formação social.

Outro dado relevante a considerar é a origem e o estatuto sócio-econômico de professores e alunos que formam a dinâmica interacional do processo de formação médica. É sabido que esta análise pode explicitar melhor o que de fato acontece na chamada elitização ou proletarização da medicina. De qualquer modo, as experiências pedagógicas na formação do médico não são alheias a seu sentido eminentemente dialético, que se estabelece entre os agentes da medicina, seu objeto formal e os indicadores filosóficos e políticos que incidem na produção de médicos.

Argutamente, Andrade nos mostra que, a partir do término da IIª Guerra Mundial, houve uma modificação drástica das relações de dependência entre os países europeus e a América Latina. É sabido que a influência, especialmente da França e Alemanha, deu passagem à hegemonia cultural dos Estados Unidos.

Por isto convém entender que, desde 1910, nos Estados Unidos, as escolas de Medicina sofreram importantes transformações, que mais tarde vão influir nos nossos países latino-americanos. As modificações tiveram como base o Relatório Flexner, onde as escolas de Medicina se filiaram às Universidades, criaram-se os Departamentos, houve individualização e o desenvolvimento crescente do ensino e da pesquisa em ciências básicas e se levou a efeito a incorporação do hospital às escolas médicas, para ser utilizado como campo fundamental de treinamento clínico.

A influência deste modelo durou praticamente até a segunda metade da década de 40, quando surgiu, na escola de Medicina da Western Reserve, em Cleveland, Ohio, o conceito de ensino integrado das ciências básicas, o que alterou substancialmente os postulados preconizados por Flexner.

Devemos recordar que Flexner propunha um modelo de certa forma mecanicista, onde os componentes eram estudados de maneira separada e deveriam ser unidos na medida em que houvesse um agrupamento, feito pelo próprio estudante, do conhecimento das chamadas ciências básicas. O que agora se propunha era uma visão integrativa, antecipação da dimensão sistêmica do ser humano, tanto na sua doença quanto na sanidade. É bom recordar que, anteriormente, a formação do médico se processava sem uma dimensão mais específica nas chamadas ciências básicas e cuja implantação representou, de maneira curricular, um progresso importante que ainda não foi totalmente configurado.

Por exemplo, no nosso entender seria necessário o conhecimento de disciplinas como antropologia médica, sociologia médica, psicologia médica, pedagogia médica, política e economia médica, bem como educação para a saúde. Claro está que estas áreas do conhecimento não estão formalmente em todos os currículos, mas há experiências em várias partes do mundo que as incluem, pelo menos parcialmente.

Outro fato importante, com influências na Educação Médica da América Latina, foi a Conferência sobre o Ensino de Medicina Preventiva, realizada em Colorado Springs em novembro de 1952. Foi bastante concorrida e seu relatório preconiza uma visão integral da Medicina, evitando a separação entre

a medicina curativa e a preventiva.

Como podemos denotar, estavam lançadas as bases do que hoje se denomina Atenção Primária em Saúde. Devemos recordar, como alerta, que somente em 1978, pela OMS, se empossava plenamente a Atenção Primária como objetivo primordial, o que representou uma virada do foco da Medicina e, conseqüentemente, da formação de médicos.

É relevante salientar que nos anos da década de 50, a Fundação Rockefeller promoveu a criação das Universidades del Valle, em Cali na Colômbia e de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Estas escolas foram idealizadas seguindo o modelo flexneriano, modificado pelas recomendações de Colorado Springs e pelos documentos da Associação Médica Americana de Escolas de Medicina.

Outro evento importante foi aquele levado a efeito em Cali, na Colômbia, em 1955, o Primeiro Seminário de Educação Médica, o primeiro desta natureza a ser realizado na América Latina.

Entre as recomendações extraídas do Seminário estavam: organizar as Escolas de Medicina em Departamentos, criar Departamentos de Medicina Preventiva; procurar coordenar horizontal e verticalmente o ensino das diferentes matérias; incrementar o número de professores de tempo integral e dedicação exclusiva; estabelecer a residência hospitalar de um ano de duração como requisito para obter o grau de médico; adotar sistemas de limitação de matrículas, isto é, vagas e estudar a seleção de candidatos a serem admitidos nas Faculdades de Medicina.

A partir de então existe uma preocupação generalizada em toda América Latina, se realizam freqüentes encontros que apresentam dois enfoques: a FEPAFEM (Federação Panamericana de Escolas de Medicina), com recursos basicamente de entidades privadas norteamericanas) e a UDUAL (União de Universidades da América Latina), com recursos limitados e próprios.

Outra entidade importante tem sido a OPS (Organização Panamericana de Saúde), vinculada à OMS, que se tem preocupado pela melhoria de recursos humanos para a Saúde e especialmente voltada para o tema de atendimento primário à saúde.

Estes elementos têm feito crescer a análise crítica a respeito da estrutura das Escolas de Medicina, da forma de ingresso a elas, bem como do pessoal para exercer o papel de médico e, sem dúvida, mais recentemente, o papel social da Medicina.

No seu sentido tradicional, a preocupação pela Educação Médica se faz sentir no trabalho de Miller (1967), que foi fortemente influenciado pelo trabalho de Bridge sobre Pedagogia Médica (1965).

Estes dois trabalhos apresentam uma preocupação de aproximar a Medicina à Educação e entender de que forma é possível otimizar o preparo de recursos humanos em uma visão mais ampla, em uma Medicina mais voltada para realidades mais abrangentes e de cunho social.

Atualmente é importante o trabalho de Bernal et Figueroa (1985, p.188), apresentando uma visão socialista da dimensão médica em Cuba, evidenciando de forma radical a necessidade de considerar que:

*na sociedade socialista, a Medicina é uma ciência a serviço do homem. A saúde é mais do que um direito, é uma necessidade primordial do homem e da sociedade em seu conjunto, convertendo-se em um inestimável bem social.*

Mais adiante, os autores afirmam que "a Educação Médica reflete, necessariamente, o processo saúde-doença, assim como a própria prática ou exercício médico e a organização dos serviços de saúde".

Neste breve histórico, tivemos oportunidade de observar os temas polêmicos que, até hoje infelizmente, não estão ultrapassados e que revelam o quanto temos pela frente, no sentido de promover um quadro conceitual mais abrangente da Educação Médica na nossa América Latina.

No Brasil a preparação do médico, até hoje, está marcada por profundas perplexidades e antinomias.

Veras et alii (1983) têm assinalado que a Revolução de 1930 deu uma virada na estrutura educacional e que, nesta época, no ensino médico, se tentou privilegiar a especialização profissional nos diversos ramos da medicina aplicada. Outro fato interessante é que, até 1965, criaram-se 28 escolas médicas ligadas ao poder central e que até hoje são as maiores e mais relevantes. Também foram criadas dez escolas privadas até a mesma data.

Ressaltam os autores que, só no período 1966-1981, se criam 36 novas Escolas Médicas, somente duas públicas. Outro dado fundamental é que a maioria das escolas médicas brasileiras se situa no eixo Sudeste (com 43, sendo 30 privadas e 13 públicas) e Sul (com 15, sendo 8 privadas e 7 públicas). No resto do país há 18 escolas mais (com a distribuição ao



contrário, 16 públicas e apenas 2 privadas).

Recentemente (Nassif, 1988, p.3), no Jornal da Associação Médica Brasileira noticiava o desagrado geral pela suposta criação de novos cursos de medicina no país. No seu editorial manifestava:

*A Associação Médica Brasileira, desde a gestão de seu presidente Nelson Proença, e agora com a nossa, vem defendendo a aplicação de requisitos mínimos indispensáveis para o funcionamento das escolas médicas. Entendemos como fundamental e absolutamente necessários:*

*1º - que os professores residam nas cidades/sedes das escolas médicas, a fim de poderem comparecer diariamente aos seus serviços, eliminando, com isto, a figura do professor itinerante, de fins de semana;*

*2º - que as escolas médicas tenham obrigatoriamente seus hospitais, próprios ou conveniados e que atendam aos padrões necessários e definidos para a formação do aluno, principalmente nos últimos dois anos do curso médico;*

*3º - que pelo menos uma parte do corpo docente trabalhe em tempo integral, principalmente os das áreas básicas;*

*4º - que estejam preparadas e adequadas para estabelecer, fazer funcionar e manter programas de residência médica, forma ideal de aprimoramento do profissional.*

*Só deste modo, o ensino médico poderá alcançar um nível de qualificação que esteja à altura das reais necessidades e tradições brasileiras.*

Este editorial é assinado pelo Dr. Nassif, atual presidente da AMB. É interessante, entretanto, citar o discurso de Proença (1988, p.31), na sua posse na AMB, em 1983, quando justamente dizia que seriam suas metas:

*reduzir o número de médicos formados no Brasil, ajustando-os às reais necessidades nacionais. Exercer rigoroso controle sobre as Escolas Médicas, para obter aprimoramento do ensino médico. Institucionalizar a reciclagem médica, tornando-a um direito e um dever dos médicos.*

As declarações apresentadas evidenciam o descalabro pedagógico pela qual passa a Educação Médica, já que as 76 escolas de medicina do país, segundo Nassif, enfrentam problemas financeiros sérios e não ajudam a resolver o problema gravíssimo de saúde no nosso país.

Segundo o mesmo jornal (Nassif, 1988, p.3):

*no momento em que as entidades médicas se mobilizam contra a abertura de novas escolas de medicina, o governador de Rondônia anunciou a criação de mais uma faculdade, desta vez na Universidade de Rondônia (UNIR), em Porto Velho. Se efetivamente confirmada, já que até o momento não há documentação comprobatória de sua efetivação, essa é a 4ª escola anunciada neste ano, após as polêmicas aberturas das faculdades de Presidente Prudente (SP), Maringá (PR) e Blumenau (SC).*

Estes dados não revelam que tenha havido uma melhoria qualitativa no ensino médico, nem que o preparo esteja sendo levado a efeito para uma melhoria da sociedade e, conseqüentemente, uma abrangência maior ante os problemas de saúde que são problemas também integrados no cunho político-social.

Macêdo (1985) assinala com singular agudeza que a formação de recursos humanos na área da saúde segue orientando-se para atender minorias. Neste sentido seria importante detectar a dimensão profunda da evolução social que parece estar caracterizada por persistentes desigualdades.

Outro aspecto a ser considerado é sobre porque ainda, na maior parte da América Latina e no nosso país, a Medicina está voltada para os aspectos de Atenção Secundária e Terciária, quando as maiores necessidades se concentram justamente no nível Primário.

Isto implica em um questionamento muito grave do modelo ou modelos de Educação Médica que persistimos em manter, que privilegia o **culto à doença** e não à Saúde.

Seria importante pois, como coloca Macêdo, privilegiar a saúde para todos como uma doutrina de ação, através de três conceitos fundamentais:

- \* eqüidade, que devemos perseguir a todo custo
- \* eficácia e eficiência, na utilização e aplicação dos recursos para a saúde
- \* saúde como forma participativa, envolvendo a todos em uma dimensão intersetorial.

Estes princípios apontados por Macêdo são realmente valiosos mas cabe aqui assinalar a contribuição de Luna (1986, p.469) quando fala da reorientação da Educação Médica e continua na linha de trabalho prospectivo de Ferreira. Para este autor, Luna, a reformulação no preparo do médico deverá ser qualitativo, muito mais do que quantitativo. Para isto o autor propõe a análise aprofundada de quatro categorias, que seriam: contexto, estrutura, função e integração.

Sem dúvida, a categoria contexto é da máxima relevância, já que nela se estabelece o como a instituição da Educação Médica percebe sua realidade particular e o compromisso que assume para mantê-la, melhorá-la e transformá-la. Em certo sentido, o contexto não somente explica as finalidades mas também pressupõe os ideários que norteiam o trabalho de formação do médico. Desejaríamos chamar a atenção de que, sem um conhecimento honesto e claro do contexto, torna-se extremamente difícil preconizar inovações. Neste modo é impossível

tender que, quando nos referimos a contexto, abrangemos as dimensões culturais, políticas, econômicas e sociais, onde se processa e adquire significado a prática médica. Dentro desta categoria estão os princípios de planejamento da Educação Médica que, em um sentido prospectivo, são os seguintes:

1º - considerar as características mutáveis do contexto nacional como um todo e sua conscientização em um perfil da saúde em mudança;

2º - responder às necessidades nacionais, especificamente aos problemas prioritários de saúde e explicitamente participar da sua definição e modificação;

3º - os determinantes da saúde e doença devem procurar-se no entorno sócio-econômico, tecnológico e cultural;

4º - a prática médica que adota a sociedade e que se legitima nos serviços de saúde é um condicionante na organização dos programas de formação profissional;

5º - o crescimento exponencial do conhecimento e da tecnologia obrigam a desenvolver as habilidades para manejar eficientemente a informação;

6º - as novas formas da atenção médica e sua extensão do indivíduo à coletividade devem procurar-se na aplicação do conhecimento social e epidemiológico à administração em saúde;

7º - dar importância às políticas de saúde, à vigilância de seu cumprimento e à avaliação;

8º - as características da população devem ser o passo de fundo das ações em saúde;

9º - centrar o processo de ensino-aprendizagem no estudante;

10º - considerar o professor como um tutor e os currículos como guias orientadores;

11º - no conteúdo, dar mais importância à metodologia e aos conhecimentos e habilidades para resolver problemas de saúde individuais e coletivos;

12º - se adotarão métodos ativos, centrados no fazer e refletir;

13º - se procurarão espaços de trabalho que ofereçam múltiplos materiais para o estudo e a análise (bibliotecas, centros de documentação, ajudas áudio-visuais);

14º - os estudantes devem ter experiência imediata com a realidade social, onde deverão trabalhar prioritariamente nos núcleos de Atenção Primária em Saúde.

15º - a avaliação do desempenho profissional do estudante do programa de Educação Mé-

*dica e do impacto social deverão retroalimentar o sistema.*

A segunda variável é a estrutura da instituição que define a organização acadêmica-administrativa, o ordenamento do saber, os agentes da administração, as relações com a população e os sistemas de saúde. Neste sentido, as escolas médicas se organizarão, no futuro, para responder à necessidade de manejar a informação do conhecimento, organizá-lo para a formação profissional e para serem úteis aos serviços. Esta estrutura dará prioridade à formação, à pesquisa e independência do estudante e do docente.

A terceira variável, isto é, a função, se preocupa em esclarecer os planos de estudo e a complexidade da prática médica, desde o individual até o coletivo, do curativo ao preventivo. A função determina os tipos de atividade a serem levados a efeito e o preparo de aquisição de conceitos fundamentais e habilidades, visando as populações necessitadas.

A última variável é integração, que propicia unidade e direção ao processo e define a qualidade dos propósitos, devendo levar em conta a possível eficiência, levando à eficácia global.

Por isto, a integração da formação médica deveria, em primeiro lugar ajudar os estudantes e docentes a manejar informação, métodos e técnicas para resolver problemas de saúde, bem como aprimorar sensibilidade ante problemáticas sociais.

Outro objetivo da integração é a Educação Continuada dos docentes, visando tarefas de orientação, supervisão, ava-

liação e pesquisa do seu ensino e da aprendizagem.

Ainda, desenvolver o conhecimento das condições e problemas de saúde da população, com o intuito de preservar o bom viver, através de uma Educação para a Saúde.

Finalmente, criar materiais educativos que sirvam para a expansão do conhecimento e divulguem formas de preservar a vida e respeitá-la no que ela tem de mais valiosa, isto é, o sentido de humanidade.

Ao finalizar este tema polêmico nos parece importante dizer que uma Educação Médica realmente social deve conhecer as opiniões de aqueles que exercem a medicina, bem como os que estão se preparando para isto.

Parece-nos que estas opiniões podem ser indicadores de aquilo que é levado a efeito ou está subjacente, o que, de certa forma, nos propiciaria um primeiro nível de compreensão do que constitui o **discurso médico** e o preparo, intencional ou não, para este discurso.

**SEGUNDA PARTE**

**INVESTIGAÇÃO**

Esta segunda parte da tese trata especificamente do desenvolvimento do trabalho, com acentuado cunho metodológico. A preocupação fundamental foi a tentativa de realizar uma investigação que tivesse um cunho concomitantemente de aspecto **avaliativo** e **pedagógico**, tal como é salientado por Alvarez Méndez (in Cook et Reichardt, 1986, p.9). Isto significa que o trabalho se preocupou não apenas com a análise de uma situação específica mas em que ponto esta situação se encontra, como as atividades de formação do médico são levadas a efeito e quais possíveis repercussões isto terá na dinâmica social.

Por outro lado, o cunho **pedagógico** decorre do nosso compromisso como educador, não apenas expectador mas participante, no desejo de reconhecer uma situação que precisa ser conhecida, analisada e, se possível, revisada.

A metodologia que orientou este trabalho se centraliza na utilização de dimensões quantitativas e qualitativas, procurando escapar às armadilhas do pseudopositivismo ou às falácias do não-cientificismo das análises de conteúdo.

Cabe chamar a atenção que autores como Cook et Reichardt (1986) têm discutido com bastante bom senso os mitos que se têm instalado nas opiniões e críticas sobre os métodos de trabalho científico.

Igual opinião é salientada por Beltrán (in García Fernando, Ibañez et Alvira, 1986), que manifesta que não é a Ciência, mas suas dimensões epistemológicas e metodológicas, a responsável pelo uso dominador e malvado do conhecimento no mundo contemporâneo, porém o grupo que maneja tal ou qual epistemologia ou metodologia. O mesmo autor se refere aos efeitos nefastos do obscurantismo no uso do método científico, bem co-



mo os efeitos pouco produtivos da visão estreita da produção de conhecimento.

Assim, a preocupação fundamental foi adequar a metodologia mais pertinente ao nosso objeto de estudo, procurando deixar bem claro as limitações naturais dos métodos utilizados.

**CAPÍTULO 5**

**ÁREA TEMÁTICA E QUESTÕES DE PESQUISA**

Gostaríamos de iniciar citando as palavras de Habermas (1988, p.179), quando salienta que

*o mundo da vida é o âmbito objetual da investigação; neste aspecto uma pesquisa transcendental fornece informação acerca das estruturas da realidade previamente a toda a análise empírica. Por outro lado o mundo social da vida é também base da mesma investigação.*

Estas palavras de Habermas nos alertam da necessidade e compromisso de nos manter atentos para não esquecer que a base do conhecimento se fundamenta na realidade, como fenômeno mutável e objeto desafiador. Neste sentido, toda e qualquer pesquisa deve ter um cunho de não desvirtuamento dos fenômenos vitais, bem como atitudes de compreensão e real participação.

As motivações do tema nasceram da nossa situação de profissional da área da Medicina e de uma vivência como médico, especialmente em um hospital que drena toda uma população de baixa renda e que apresenta não apenas doenças mas problemas bastante abrangentes de pobreza, ignorância e desconhecimento. Tal situação nos tem feito meditar com muita profundidade a respeito do papel do médico e da sua responsabilidade em uma sociedade em mudança, marcada por disparidades e incongruências verdadeiramente alarmantes.

Por outro lado, a escolha deste tipo de investigação, evidenciado na sua área temática, encontra resposta no relatório científico do V Seminário de Investigação Clínica, organizado pela coordenação da Investigação Científica da Universidade Nacional Autônoma do México, publicado em 1988.

rez Tamayo (in Segovia et alii, 1988, p.10) salienta oportunamente, quando diz que "a ciência é uma atividade humana criadora, cujo objetivo é a compreensão e cujo resultado é o conhecimento". Este autor propõe que o trabalho científico tenha possibilidade de ser original, apoiar-se em idéias fecundas, seja aberto em informação, possa ser replicado e aporte novas perspectivas. Para ele a medicina precisa da pesquisa para esclarecer mais os seus verdadeiros objetivos, no sentido epistemológico e, principalmente, **práxico** (isto é, da **praxis**, para não confundir com prático, já que aqui se revela o cunho dialético).

Creemos que este posicionamento nos leva a repensar o quanto uma prática sem investigação e sem reflexão crítica é pobre e tende a esgotar-se em si mesma. Na verdade, cada vez mais a triangulação teoria-investigação-prática forma uma coerente dinâmica que revitaliza o processo de conhecimento e o leva a inovações e prospectivas.

Por outro lado, a nossa vivência na área da Educação, a partir da experiência do Mestrado, bem como as oportunidades de ampliação de estudos no curso de Doutorado, nos confirmaram a necessidade não só de relacionar a Medicina com a Educação, senão de tentar, especificamente, compreender melhor um fenômeno que pode apresentar principalmente dois ângulos, isto é, Educação para a Saúde e Educação Médica.

Gostaríamos de acrescentar que acreditamos serem, na nossa realidade, a Educação e a Saúde, duas áreas de conhecimento e atividade humana fundamentais e que o seu trânsito implica não em um modismo mas em uma necessidade fundamental para o nosso país e a América Latina. É justamente pelas notórias carências nestes dois campos de atividade que a ignorância, a mortalidade, a fome e a miséria se fazem sentir de for-

ma premente e desesperadora.

Temos consciência clara de que, até não chegarmos a uma dinâmica mais realista e abrangente, tudo aquilo que se fizer será relativamente inoperante e incompetente. Por isto cabe chamar a atenção de que uma Educação para a Saúde envolve uma política social que não pode estar afeta aos interesses de uma elite mas que deve e tem obrigação de atender às necessidades, em primeiro lugar, de uma maioria trabalhadora, e, em segundo lugar, propiciar a formação de um conhecimento socialmente viável da saúde como uma arma para ser utilizada contra a prepotência e descaso das elites sociais.

É evidente que estas idéias são hoje não somente reconhecidas mas preconizadas pelos órgãos médicos mais progressistas e esclarecidos, inclusive entidades internacionais como a Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde.

A partir destas motivações, a configuração da investigação se tornou mais clara e evidente. Por isto, perguntas como: qual o significado e valor da Medicina?; que reais papéis desempenha o médico?; que responsabilidade ética e social deveria ter em uma sociedade como a nossa? que tipo de formação é necessária e viável? nos levaram a escolher a área temática que, pensamos, poderia auxiliar a classe médica e talvez tentar reformulações mais corajosas ante situações sociais cada vez mais angustiantes.

Antes de enunciar a nossa escolha cabe esclarecer que nos preocupamos em denominá-la de **área temática** e não simplesmente problema de pesquisa. Cremos que a diferença é sutil porém importante, já que a área temática revela preocupações

conjugadas que nos propiciam subsídios para analisar situações que servem de base à análise e possível reformulação de dimensões problemáticas, tais como as que enunciamos.

Naturalmente, como já foi colocado, a área temática envolve o problema mas este se encontra embutido em algo que se pressupõe que, sendo esclarecido, nos ajudará no reconhecimento e equacionamento ideatório. Por isto nos decidimos pela seguinte enunciação:

OPINIÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA E MÉDICOS SOBRE SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL - IMPLICAÇÕES PARA UMA EDUCAÇÃO MÉDICA.

Como se nota, esta área temática tem, em princípio, a preocupação de ser um **levantamento de campo**, tal como é apontado por Festinger et Katz (1974). Segundo os autores (p.56):

*o levantamento sempre procura ser representativo de um universo conhecido, tentando, na determinação do número de casos e na forma de sua seleção, representar adequada e fielmente uma vasta população.*

Mais adiante os autores acrescentam:

*o levantamento de campo, na medida em que se conjuga com tais interrelações e interação, o faz por meio de um estudo dos resultados finais. Os avanços dos processos sociais e psicológicos são inferidos no levantamento, por seus efeitos estatísticos finais.*

Estas colocações nos levam também a complementar, dizendo que se trata de um estudo de opiniões, não apenas trabalhado a nível de levantamento descritivo inicial, senão que retrabalhado a nível de análise de conteúdo na tentativa de

estabelecer uma análise comparativa entre o dado quantitativo e o qualitativo.

É interessante chamar a atenção sobre o que Osipov (1988, p.98) e seu grupo de trabalho referem sobre o trabalho social: "a opinião social é a atitude da população face a determinados fenômenos, objeto ou situação que tem lugar tanto em um país como na arena internacional". Em essência, a opinião pública, segundo estes autores, está inteiramente relacionada com a valorização que as pessoas fazem de determinado processo ou fenômeno.

Neste sentido, cabe salientar a importância da opinião porque ela é o indicador **regulador** das relações interpessoais, expressa uma dimensão **informativa** (o que se acredita) e tem um cunho educativo, já que expressa a influência ideológica e sócio-psicológica das pessoas.

Assim, as opiniões são motivo de investigação e procuram reconhecer o que os seres humanos pensam a respeito daquilo que os rodeia

López Pintor (in García Ferrando, Ibañez et Alvira, 1986, p.341) destaca oportunamente a importância do estudo de opiniões, já que "elas fornecem radiografias do estado conjuntural no qual determinados grupos humanos se encontram". Isto nos leva a entender que o trabalho efetuado se apresenta em uma dimensão trifocal: por um lado tem um cunho descritivo de um **campo específico** do conhecimento, através do estudo de opiniões, por outro lado examina uma **conjuntura em processo**, através da qual se procurou captar o dinamismo sócio-educativo e, finalmente, se tentou a **análise qualitativa-prospectiva**

Alertamos que o tipo de trabalho científico fica mais especificado no momento em que descrevemos os procedimentos desta investigação, bem como sua análise e discussão.

### Questões de pesquisa

Ao optarmos pela área temática, resolvemos também elaborar questões de pesquisa, já que elas nos parecem serem mais oportunas que hipóteses. Esclarecemos que a nossa preocupação não estava em **provar algo** mas estava em **achar algo**, com o que nosso trabalho **tenta propor algo**.

As questões foram elaboradas contendo em si variáveis cujo leque de opções foi estruturado, tanto pelo pesquisador, quanto pelos pesquisados. Neste sentido, a previsão deste trabalho foi, sem dúvida, uma amplitude do conhecimento e não um fechamento do mesmo. A vantagem é que os achados se referem a uma população dinâmica, cujas opiniões são fruto de um momento histórico e vivencial. Assim cabe salientar que a nossa preocupação foi a interconexão entre o que a pessoa vivia, o que o ambiente social lhe oferecia e o que, finalmente, **expressou**.

As questões de pesquisa são as seguintes:

- \* Que opiniões os estudantes de medicina evidenciam sobre sua Educação Médica, isto é, seu curso de graduação, os seus professores, o que seria um melhor professor da medicina e um melhor médico, responsabilidade social e personalidade adulta?



- \* Que opiniões os médicos evidenciam sobre sua Educação Médica, isto é, seu curso de graduação, os seus professores, o que seria um melhor professor da medicina e um melhor médico, responsabilidade social e personalidade adulta?
- \* Quais as relações entre as opiniões dos estudantes de medicina e dos médicos e suas características pessoais?

Como podemos observar, as duas questões iniciais, embora tentando ser representativas, têm uma certa especificidade no que se refere ao levantamento dos dados que obtivemos. A terceira questão de pesquisa é mais ampla e abrangente, tentando reunir os aspectos que mais nos preocuparam e que passaram todo o ideário de nosso trabalho. É evidente que esta última questão é matricial e tem uma íntima relação com o sentido temático, já que são aqui contemplados os aspectos de responsabilidade social, personalidade e educação médica.

Cabe alertar que todas as questões foram o suficientemente flexíveis para que qualquer tipo de resposta tivesse acolhida e pudesse ser analisada. Neste sentido, cremos que possibilitamos que a nossa pesquisa possuísse dimensões de maior abrangência, diversa de aquelas cuja visão é determinística e estreita.

Finalmente gostaríamos de acrescentar que tanto a área temática como as questões de pesquisa são os elementos norteadores do **mundo da vida**, bem como nossa preocupação está em conhecer um pouco melhor certas **estruturas da realidade**, procurando salientar melhor o objeto de estudo personalizado, isto é, o ser humano que, na percepção de Mosquera et Folberg (1989) se estrutura na dinâmica entre o individual e o coletivo, ad-

quirindo consciência através das ferramentas da cultura e contribuindo, com sua consciência, para a dimensão viva e participante da coletividade.

## CAPÍTULO 6

### DEFINIÇÃO DE TERMOS E CAMPO DE AÇÃO

## Definição de termos

Existe muita controvérsia sobre a definição de termos. Normalmente autores como Polit et Hungler (1985), e Osipov (1988) se posicionam claramente por definições operacionais, de tal modo que elas representem procedimentos específicos na procura das significações experimentais dos termos teóricos.

Esta atitude é bastante salientada na obra de Osipov (1988, p.118), quando textualmente afirma que

*a definição operacional radica em revelar a significação do conceito teórico, indicando a operação experimental, cujo resultado - factível de observação e mensuração empírica - confirma a presença do fenômeno expresso no conceito.*

Temos aqui um bom argumento para o uso de definições operacionais, entretanto consideramos que a operacionalidade levada ao extremo parece corresponder muito mais a hipóteses do que a questões de investigação.

Assim, procedemos, ao elaborar a definição de termos, a uma integração entre indicadores do referencial teórico com a linha metodológica adotada, o que nos tem propiciado conceituações que apresentam dimensões substantivas e indicam o fazer científico.

Esclarecemos que nesta investigação, para efeitos de maior compreensividade, optamos pelas seguintes definições de termos:

\* **opiniões:** são consideradas opiniões as expressões intencio-

cos, obtidas através dos questionários e entrevistas utilizados na pesquisa, quando se referem ao curso de graduação, aos professores, ao que seria um melhor professor e melhor médico.

- \* **estudantes de medicina:** são aquelas pessoas, alunos regularmente matriculados e freqüentando os cursos de Medicina das três Faculdades de Medicina de Porto Alegre (da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre), que cursavam o terceiro e sexto ano do curso.
- \* **médicos:** são aquelas pessoas, profissionais que exercem atividades médicas e o magistério superior, nos três faculdades de medicina de Porto Alegre (UFRGS, PUCRS e FFFCMPA), bem como os representantes dos órgãos de classe (Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e Associação Médica do Rio Grande do Sul) e diretores de cada uma destas faculdades.
- \* **seu curso de graduação, seus professores, o que seria um melhor professor de medicina e um melhor médico:** representam os aspectos justamente mais relevantes que foram levantados e categorizados através das respostas dadas aos questionários pelos estudantes de medicina e médicos.
- \* **responsabilidade social:** foi considerada aqui como aqueles comportamentos evidenciados através das respostas, relativas a engajamento, disposição a auxiliar o outro, solidariedade e cumprimento ético das obrigações profissionais, especialmente a nível de Atenção Primária em Saúde.

- \* **personalidade adulta:** é compreendida aqui no ciclo vital entre o final da Adolescência (aproximadamente 18-20 anos de idade) até a Adulter Velha.
- \* **Educação Médica:** foi considerada todas aquelas ações intencionais embasadas em aspectos filosóficos, psicológicos, políticos e sócio-histórico-culturais que os estudantes de medicina e os médicos vivenciam durante todo seu desenvolvimento como seres humanos, envolvendo aspectos curriculares de sua formação acadêmica e após esta, bem como através de atitudes e valores que ressaltam os aspectos de saúde do ser humano, manifestados em suas opiniões.
- \* **Características pessoais:** foram consideradas como tais os dados fornecidos pelos estudantes de medicina e pelos médicos na Ficha Informativa.

Como pudemos observar, a definição de termos está intimamente unida à formulação das questões de pesquisa, bem como à área temática. No transcorrer do relatório de pesquisa deverá ficar claro, na análise dos dados, o como estes termos serviram de suporte e guia norteador.

### **Campo de ação**

Como temos observado na literatura, desejável seria uma pesquisa abrangente, em todas as Escolas de Medicina do nosso país, com o intuito de uma radiografia específica do

que acontece em cada uma delas.

É sabido que o maior dilema que o ensino universitário apresenta consiste no seu afastamento, em geral, da realidade da qual ele diz fazer parte. Isto não afeta apenas a área médica mas parece se estender por toda e qualquer área de conhecimento e prática.

A universidade deixa transparecer bem nitidamente a sua elitização, o que, no nosso entender, a impede de desempenhar melhor as suas funções de atendimento social. É importante alertar que não estamos a dizer que não exista uma elaboração de conhecimento mais avançada e renovadora, isto é também papel da universidade, cremos que em países como o nosso a **problemática endêmica e cotidiana** se impõe como um desafio que precisamos, sem dúvida, conhecer melhor e, sobretudo, tentar ajudar a resolver.

González Iturbe (1985, p.57) chama muito a atenção sobre a delimitação do problema, bem como o seu campo de ação, de tal modo que o campo de ação é considerado por este autor como "a funcionabilidade de área temática" e refere que o pesquisador deve de ter cuidado em abranger aquilo que exatamente possa investigar.

Munidos destas considerações e tendo refletido seriamente, consideramos que a nossa área temática poderia localizar-se funcionalmente naquilo que consideramos conhecer melhor, isto é, a realidade de Porto Alegre.

Já que sabemos existir maior concentração de profissionais de saúde nas capitais do país, escolhemos intencionalmente a cidade de Porto Alegre por conter um número ponderá-

vel de médicos. Por outro lado, a capital do Rio Grande do Sul sedia três Faculdades de Medicina, sendo duas federais (públicas) e uma particular (de confissão religiosa).

Todas elas possuem hospital-escola e parecem apresentar um ensino médico de certa tradição, porém com experiências diferenciadas.

Chamaríamos a atenção de que as faculdades de medicina de Porto Alegre parecem, cada uma, apresentar um perfil e uma identidade bastante típicas, o que as torna bastante singulares. Embora o objetivo seja o mesmo, isto é, formar médicos, os valores subjacentes deveriam de ser mais esclarecidos e revelados, o que tentamos realizar através das entrevistas levadas a efeito com os diretores das respectivas faculdades.

A escolha do contexto Porto Alegre se deveu a ser esta uma cidade que tem representatividade nacional, aqui enfatizado a área médica, por possuir uma tradição de politização social e provavelmente traduzida no seu ambiente universitário. Destacamos que a Faculdade de Medicina da UFRGS foi fundada em 1898 e as outras duas faculdades na década de 60.

Outro foco, no sentido de conhecer o contexto, se deve ao fato de o autor ter nascido, crescido e realizado sua formação acadêmica nesta capital, bem como transitar pelas três instituições universitárias.

Cabe aclarar que a parte de investigação ora em relato foi realizada neste campo de ação, isto é, na cidade de Porto Alegre levantando os dados nas três faculdades de Medicina (UFRGS, PUCRS, FFFCMPA) e sua realização ocorreu entre março de 1988 e fevereiro de 1989.



**CAPÍTULO 7**

**PROCEDIMENTOS E DELINEAMENTO**

## Procedimentos

Nos agradaria iniciar esta parte do trabalho com a afirmativa de Osipov (1988, p.131) de que "o plano de trabalho tem por meta ordenar as principais etapas da investigação". Isto significa que a pesquisa, quando pretende chegar a determinados objetivos, deve se fundamentar em uma detalhada divisão de trabalho, pois representa uma organização tanto cognitiva quanto funcional.

As diferentes etapas, conseqüentemente, devem funcionar como os elos de uma corrente, de tal modo que eles próprios consigam consistência e coerência ao próprio trabalho.

De acordo com o que afirmamos, a nossa preocupação, nesta parte da pesquisa, consiste em interligar as partes integradoras entre as dimensões teóricas e o aspecto metodológico. Cumpre dar ciência que as etapas que idealizamos foram cumpridas, o que muito ajudou para a realização deste relatório.

A seguir passamos a descrever os passos que foram pensados e realizados.

### Etapa I

Nesta etapa entramos formalmente em contato com as direções das três Faculdades de Medicina existentes em Porto Alegre, com a preocupação de mostrar nossa pesquisa e obter os dados oficiais referentes à relação dos estudantes de medicina que estavam regularmente matriculados e freqüentando o terceiro e sexto ano do curso de medicina, bem como cursos de

A seguir, obtida autorização dos diretores, entrou-se em contato com professores para a utilização de um determinado horário da sua sala de aula para a aplicação das fichas informativas e dos questionários, isto no que diz respeito aos alunos do terceiro ano. No que tange a alunos do sexto ano, foi solicitada permissão para os coordenadores de estágio para a aplicação individual das fichas informativas e questionários.

Cumprе esclarecer que, assim como houve relativa facilidade na aplicação dos instrumentos para os alunos que cursavam o terceiro ano, o mesmo não ocorreu com os alunos que cursavam o sexto ano, por várias razões, entre elas a não concentração numérica (no estágio), o elevado número de atividades acadêmicas no sexto ano e, especialmente, a diversificação dos locais de estágio. No que diz respeito aos alunos do pós-graduação, usamos uma amostra intencional de alunos que cursavam disciplinas de especialização conosco.

## **Etapa II**

Nesta etapa entramos formalmente em contato com os professores das faculdades de medicina, todos eles exercendo atividades médicas e solicitamos o preenchimento da ficha informativa e do questionário pertinente. Todos eles evidenciaram grande interesse e atenderam à solicitação do pesquisador.

Cumprе esclarecer que esta etapa teve bastante demora temporal, devido a que os contatos e o retorno dos dados foram feitos praticamente de forma individual. Ainda acrescentaríamos que os médicos pesquisados fizeram comentários bastante esclarecedores e significativos, alguns relatados no

próprio questionário e outros comunicados diretamente ao autor da pesquisa.

### **Etapa III**

Foram realizados contatos prévios com os diretores das três Faculdades de Medicina de Porto Alegre para marcar uma entrevista sobre os mesmos tópicos abordados no questionário, porém com o sentido de aprofundar nas informações desejadas.

Igualmente se marcou entrevista com os diretores das entidades da classe médica consideradas as mais relevantes: o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e a Associação Médica do Rio Grande do Sul.

Cumpramos esclarecer que todas estas pessoas concederam a entrevista solicitada e tiveram uma contribuição relevante e significativa, que será relatada oportunamente.

Devemos também chamar a atenção que isto teve uma demora considerada normal, devido ao tipo de trabalho bem como aos encargos profissionais que estas pessoas desempenham.

Todos os entrevistados manifestaram vivo interesse pela pesquisa e solicitaram que, após sua conclusão, tivessem acesso à mesma, já que, segundo eles, poderá vir a esclarecer muitos dos problemas que hoje são considerados verdadeiros desafios para a Educação Médica.

### **Etapa IV**

Nesta etapa realizamos a análise quantitativa e qua-

## **Etapa V**

Nesta etapa fizemos uma **leitura** do currículo dos três cursos de Medicina, tendo como contrastação os estudos quantitativos e qualitativos realizados nas etapas anteriores.

Estes passos de pesquisa pressupõem, evidentemente, um intercâmbio frutífero e continuado com o referencial teórico, bem como experiências que estão em andamento no país e no exterior, veja-se o caso da recente Declaração de Edimburgo e a última reunião nacional da Associação Brasileira de Educação Médica. Podemos afirmar que as evidências de renovação já estão em andamento e, através de contatos já estabelecidos, podemos afirmar, com cautela, que há um clima próprio para a situação pedagógica no campo médico, também as diferentes perspectivas que se esboçam na Medicina em países em desenvolvimento, especialmente na América Latina e no Caribe, que se inclinam cada vez mais para uma eficaz Atenção Primária em Saúde e prevenção da doença, através de um estatuto mais crítico da Educação.

## **Delineamento**

Expomos, a seguir, após termos explicado as etapas de investigação, a forma gráfica que corresponde ao delineamento do nosso trabalho.

LOCAL ETAPA	UFRGS	PUCRS	FFFCMPA	OUTROS
Etapa 1	alunos 3º ano alunos 6º ano alunos pós-grad.	alunos 3º ano alunos 6º ano alunos pós-grad.	alunos 3º ano alunos 6º ano	-
Instrumento	ficha + questionário	ficha + questionário	ficha + questionário	
Etapa 2	professores	professores	professores	-
Instrumento	ficha + questionário	ficha + questionário	ficha + questionário	
Etapa 3	diretor	diretor	diretor	. CREMERS . SIMERS . AMRIGS
Instrumento	entrevista	entrevista	entrevista	entrevista
Etapa 4	análise quantitativa e qualitativa dos dados			
Etapa 5	<u>leitura curricular</u>	<u>leitura curricular</u>	<u>leitura curricular</u>	-

Cumpramos esclarecer que este ordenamento foi seguido e isto nos foi ajudando a visualizar melhor a área temática que nos propusemos estudar.

## **CAPÍTULO 8**

### **POPULAÇÃO E AMOSTRA; INSTRUMENTOS**

## População e amostra

Normalmente se pensa que os aspectos da população e amostra são determinadas por um simples exercício estatístico. Sem desmerecer tal atividade, gostaríamos de salientar que tanto a população como a amostra dependem do objeto da pesquisa, de claro cunho epistemológico ao suporte teórico e, especialmente, das características reais daquilo que se deseja pesquisar.

Neste sentido, concordamos com Polit et Hungler (1985, p.383), que afirmam que "a população é um acúmulo de casos que cumpre com um conjunto predeterminado de critérios", isto nos aproxima do que antes tínhamos apontado, daí porque ser de vital importância o reconhecimento do que vamos investigar. Por outro lado, cabe chamar a atenção que população é um termo ou conceito que tem uma grande margem de interpretação e que pode induzir a equívocos se não levarmos em conta a sua caracterização mais definida e real.

Deste modo, nos permitimos fazer uma diferenciação que cremos é extremamente importante para a nossa investigação. Consideramos que **população-alvo** são, no nosso caso, todos os estudantes de medicina e médicos restritos a nosso país (levando em conta as condições culturais, situações sócio-político-econômicas, a língua e as características peculiares do trabalho médico). Entretanto tal população é difícil, mal conhecida e onerosa no sentido de ser toda pesquisada, por isto optamos pela **população-acessível** o que significa as três Faculdades de Medicina existentes em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com seus estudantes e médicos, no caso os professores das três faculdades



No que diz respeito à amostra, podemos dizer que tivemos diversos critérios para sua seleção. A rigor nossa amostra se constituiu em **intencional por grupos** e se tentou abranger todos os componentes dos grupos selecionados, como iremos relatar, devido aos naturais percalços da investigação não foi possível obter os dados totais mas sim uma percentagem significativa, isto é, 40% (548) da amostra inicial (1370).

O primeiro critério para a seleção da amostra, no que diz respeito aos estudantes foi escolher alunos do terceiro ano do curso de Medicina por considerar que eles já começam a ter opiniões mais estruturadas sobre a sua opção profissional, bem como completaram os seus estudos de disciplinas do Ciclo Básico e entraram nas disciplinas do Ciclo Clínico. Isto nos leva a entender que alunos do primeiro e segundo anos, embora importantes, parece-nos que, mais do que opiniões, têm expectativas a respeito do seu curso e a formação profissional.

Ainda um outro grupo de alunos, considerado fundamental, foi aquele que cursou o sexto ano de medicina e que estava na fase final do estágio, conseqüentemente tendo uma visão bastante razoável da realidade acadêmica e com experiência médica bastante mais avançada do que a do quinto ano, por exemplo. Cabe salientar que também já parecem possuir uma clara visão do que seja o seu futuro desempenho médico.

O terceiro grupo se constitui em alunos de dois cursos de pós-graduação, para os quais demos aula. Duas turmas corresponderam ao Curso de Especialização em Medicina Desportiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e as outras duas ao Curso de Especialização em Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Cabe salientar que, nas quatro turmas, todos eram médicos formados e em diferentes estágios do seu exercício profissional. É importante também deixar registrado que, na Especialização em Medicina Desportiva, contamos com médicos de diversos países, entre eles a Espanha e várias nações latino-americanas.

O quarto grupo foi formado por médicos em efetivo exercício profissional e que são professores das respectivas Faculdades de Medicina investigadas. Cabe ressaltar, uma vez mais, que não houve nenhum docente que não pertencesse à profissão médica em nenhum dos grupos.

Além destes quatro grupos, que foram motivo da aplicação de ficha informativa e questionário, tivemos seis entrevistados, que corresponderam, respectivamente, aos três diretores das faculdades e aos diretores do Conselho Regional de Medicina, Sindicato Médico e Associação Médica, do Rio Grande do Sul.

Como podemos observar, esta amostra tem um sentido bastante significativo, já que se procurou o maior número possível de sujeitos, fazendo parte das características próprias da **população-acessível**, seguindo o critério de que quanto maior é a amostra, existe uma maior possibilidade de que seja mais representativa desta **população-acessível**.

Frisamos uma vez mais que a intencionalidade foi bem consciente e que, no presente caso, se justifica, já que se trata de uma investigação de cunho social que intenta conhecer as opiniões de aqueles que estão no efetivo campo que desejamos melhor entender. Por outro lado, lembraríamos que as

**grafia** e que, sem dúvida, expressa, de maneira bem consciente, a intenção desta Tese de Doutorado.

A seguir colocamos um quadro da configuração da amostra, expresso através de formas numéricas.

QUADRO 1 - AMOSTRA

GRUPO LOCAL	3º ANO	6º ANO	PÓS-GRADUAÇÃO	PROFESSORES
UFRGS	60 + 60 57 (47,5%)	60 + 60 38 (31,7%)	20 + 21 35 (85,4%)	290 84 (29%)
PUC	74 70 (94,6%)	74 24 (32,4%)	22 + 23 41 (91,1%)	223 43 (19,3%)
FFFCMPA	88 55 (62,5%)	88 39 (44,3%)	-	207 62 (30%)
SUBTOTALS	282 182 (69,5%)	282 101 (35,8%)	86 76 (88,4%)	720 180 (25%)
TOTAL				1370 548 (40%)

Consideramos importante fazer alguns esclarecimentos a respeito deste quadro amostral:

\* na coluna referente aos alunos do terceiro ano, temos que na UFRGS, devido a que há duas entradas por vestibular (março e agosto) e matrícula por disciplina, configuram-se, na sua maioria, dois grupos de terceiros anistas, em dois semestres separados, o que propiciou o número de 120 alunos.

tal de 57 (correspondente a 47,5%). O motivo do não preenchimento dos questionários se deveu, em grande parte, ao não comparecimento à sala de aula no dia da aplicação.

Na PUCRS, em que há uma só entrada ao ano, via vestibular, o número de alunos foi de 74, tendo o retorno de 70 (correspondente a 94,6%).

Na FFFCMPA, que também tem uma entrada por vestibular anual, o número de terceiros anistas foi de 88, tendo o retorno de 55 (correspondentes a 62,5%). Aqui também houve absenteísmo no dia da aplicação dos instrumentos.

Na segunda coluna, isto é, de alunos do sexto ano, na UFRGS houve a tentativa de aplicação de 120 e retorno de 38 (31,7%), na PUCRS de 74 retornaram 24 (32,4%) e na FFFCMPA de 88 retornaram 39 (44,3%). Cumpre esclarecer que, apesar dos esforços do investigador, o retorno foi razoavelmente pequeno e isto se constatou porque estes alunos têm muitas incumbências e são extremamente ocupados em termos de horários, evidenciando falta total de tempo.

Na terceira coluna estão os alunos do pós-graduação (médicos em exercício), na UFRGS, na nossa sala de aula, se aplicaram os instrumentos aos alunos que estavam em aula na ocasião um total de 35 alunos (nos dois grupos). Na PUCRS, em nossa sala de aula, aplicamos os instrumentos e houve um retorno de 41.

Na quarta coluna, referente aos médicos, professores universitários, na UFRGS houve a tentativa de aplicação a 290, e o retorno foi de 84 (correspondente a 29%), na PUCRS a 207 e o retorno correspondeu a 43 (19,3%), sendo que na FFFCMPA a

207, com retorno de 62 (30%). Cabe esclarecer que houve várias tentativas, por parte do pesquisador, de obter maior retorno dos instrumentos mas isto não foi possível devido à constatação de que vários professores são altamente ocupados e evidenciam falta total de tempo.

De uma amostra inicial prevista de 1370 sujeitos, se teve uma amostra final efetiva de 548 sujeitos, correspondendo a 40%.

### **Instrumentos**

Na presente pesquisa contamos com os seguintes instrumentos para a aferição dos dados:

- \* **Ficha Informativa**, para obter dados básicos pessoais e profissionais;
- \* **Questionário de Opiniões**, para os estudantes de medicina e médicos;
- \* **Entrevista**, para os diretores e representantes das associações de classe (CREMERS, SIMERS e AMRIGS).

A **Ficha Informativa**, cujo objetivo principal foi a obtenção de dados básicos pessoais e profissionais constou de vários itens a serem preenchidos, os quais foram categorizados em 22 variáveis, que serviram de base para o conhecimento dos sujeitos nos diferentes grupos pesquisados. Estes dados expressos quantitativamente também têm um cunho qualitativo, já que nos evidenciam uma relação entre os sujeitos e suas opiniões.

O **Questionário de Opiniões** foi fundamentado nas categorias propostas pelas questões de pesquisa e sua estrutura se embasou nos estudos de Haire, Ghiselli et Porter (1976), cuja obra "Atitudes dos Dirigentes" foi uma inovação, pela sua forma de tratamento transcultural das opiniões.

O **Questionário de Opiniões** se fundamentou também no trabalho de Gutierrez Avila et Barilar Romero (1985), bem como no trabalho de González Carbajal et alii (1982).

Para elaborar este questionário, levamos em conta, diversas áreas que propiciassem opiniões sobre a formação médica (o curso, os professores do curso, o melhor professor), o melhor médico, a responsabilidade social, o desempenho médico e a personalidade adulta. Cada um destes diferentes tópicos constituiu de questões redigidas de forma proposicional, que podiam ser respondidas em cinco alternativas, tipo Likert regressivo (concordo plenamente a discordo plenamente) em 46 questões fechadas. Algumas linhas em branco oportunizavam complemento às proposições.

O questionário foi testado em um grupo piloto, composto de 19 alunos de sexto ano de medicina, obtendo um índice de Cronbach de 0,83, considerado altamente satisfatório (vide Anexo 3), evidenciando ser um instrumento consistente e confiável. Cabe esclarecer que o instrumento foi validado por três doutores, um em Medicina e dois em Educação. Por outro lado, é evidente que o questionário parte da área temática e das questões de pesquisa.

É importante esclarecer que o **Questionário de Opiniões** é idêntico para estudantes e médicos, isto porque se desejou coletar dados que pudessem ser comparados e estatisticamente

viabilizados em sua análise.

Remetemos ao Anexo 1 para observar a **Ficha informativa**, ao Anexo 2 para visualizar o **Questionário de Opiniões**.

O terceiro instrumento foi uma **Entrevista** semi-estruturada, na qual procuramos, a partir do trabalho de Kroeger (1986), nos fundamentar, levando em conta os mesmos tópicos do **Questionário de Opiniões** (vide Anexo 4).

Também seguimos os critérios de entrevista propostos por Bugeda (1974, p.289-308), a seguir sintetizados:

- \* Tentar colocar-se a entrevista em um ambiente cômodo, tanto em termos materiais como psicológicos
  - local apropriado
  - descontração
  - iniciar com exposição geral da Tese
  
- \* Tentar evitar indiscreções
  - evitar citar pontos específicos (nomes, locais...) se for anti-ético
  - local indicado pelo entrevistado
  
- \* Tentar estabelecer relação com o entrevistado
  
- \* Tentar encadear as perguntas
  - evitar confusões na seqüência
  - aprofundar no que interessa
  
- \* Tentar descobrir o estado mental do entrevistado
  - mais em sentido da importância que está dando à entrevista e conteúdo (conteúdo e na técnica)

- \* Tentar tomar apontamentos durante a entrevista
  - esclarecer que se vai anotar — conferir com o entrevistado logo após, o ideal é só tomar nota depois da entrevista
- \* Tentar explorar o tema de forma sistemática
  - evitar introduzir perguntas no momento, a não ser que necessário. Se deve levar em conta sempre o roteiro prévio
- \* Tentar realizar explorações complementares
  - roteiro adicional anterior — talvez introduzir pequenas questões que complementam a entrevista em momentos apropriados para ampliar
- \* Tentar estandarizar as perguntas
  - ter roteiro prévio igual para todas as instituições
- \* Tentar adaptar a forma das questões à conveniência do entrevistador
  - como a previsão de níveis culturais é muito semelhante para os entrevistados, não há necessidade de explicar as questões, o contexto de uma formação médica anterior facilita a entrevista
- \* Tentar não influir sobre o entrevistado
  - cuidado com o tom de voz, evitar exemplificar, direcionar ou usar palavras com conotação
- \* Tentar colocar as questões diretamente, sem dúvidas ou vacilações
  - demonstrar segurança no tema e na técnica
- \* Tentar evitar a facilitação com questões negativas
  - não termos estas questões na entrevista, do tipo: você nun-



- \* Tentar evitar perguntas ambíguas ou múltiplas
  - se for mal entendida, deixar terminar e retomar depois, pois pode até levar a outra linha de processamento da informação
- \* Tentar manter um ritmo de entrevista
  - evitar variáveis intervenientes, mantendo um nível intelectual semelhante ao longo da entrevista, evitar introduzir dispersões, ser breve, tentar fazê-la em menos de uma hora, máximo até hora e meia
- \* Tentar realizar questões convergentes
  - o tema global é o mesmo, as questões se dirigem sempre ao tema
- \* Tentar provar as respostas
  - contrastação entre as questões
- \* Tentar retificar se ocorreu erro
- \* Tentar colocar os limites da entrevista
  - tempo, divagações, extrapolações, ética
- \* Evitar personalisar
- \* Tentar evitar qualquer tipo de discussão
  - com o entrevistado ou vice-versa
- \* Tentar tomar cuidado com a oposição entre os atos e as palavras
  - coerência comportamental
- \* Tentar finalizar corretamente
  - dar o valor, frisar pontos importantes, terminar a entrevista

Um último esclarecimento é para a **Leitura Curricular**, que foi feita considerando as estruturas dos cursos, os objetivos, a grade de disciplinas e atividades e a avaliação. Utilizamos a técnica de contrastação entre os currículos.

## **CAPÍTULO 9**

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS E FICHAS INFORMATIVAS DOS ESTUDANTES**

Bronowski (1983, p.21) afirma que

*a ciência não é uma construção impessoal. Não é mais nem menos impessoal que qualquer outra forma de pensamento comunicado. (...) A ciência procura as experiências comuns das pessoas, é feita por pessoas e tem o estilo próprio.*

Estas palavras nos indicam a responsabilidade do trabalho científico e, especialmente, o quanto deve ser cuidado o aspecto da sua comunicação. Assim, acreditamos que, ao iniciar esta parte da Tese, temos consciência de que a comunicação dos dados não pode e não deve ser afastada da sua realidade, bem como a leitura dos dados deve estar imbricada na opção do pesquisador.

Antes de iniciar propriamente com a tarefa e clarificar os indicadores numéricos, é importante citar o trabalho de Nunes (1979), que foi uma Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, onde este autor procurou compreender um pouco mais a relação entre o desenvolvimento adulto e a tomada de decisão, a configuração dos valores profissionais e as expectativas frente ao curso. O estudo é bastante significativo, procurou trazer uma contribuição ao estudo da escolha ocupacional, isto quer dizer, os antecedentes que levaram os alunos a escolher o curso e, em segundo lugar, as mudanças ocorridas durante o mesmo.

Ainda seria oportuno citar a pesquisa de Leuwe (1986), que se preocupou com as opiniões de 754 pediatras, no estado de São Paulo, a respeito de sua formação profissional, mostrando que, além das conquistas realizadas neste setor médico, ainda existe bastante necessidade de uma formação mais volta-

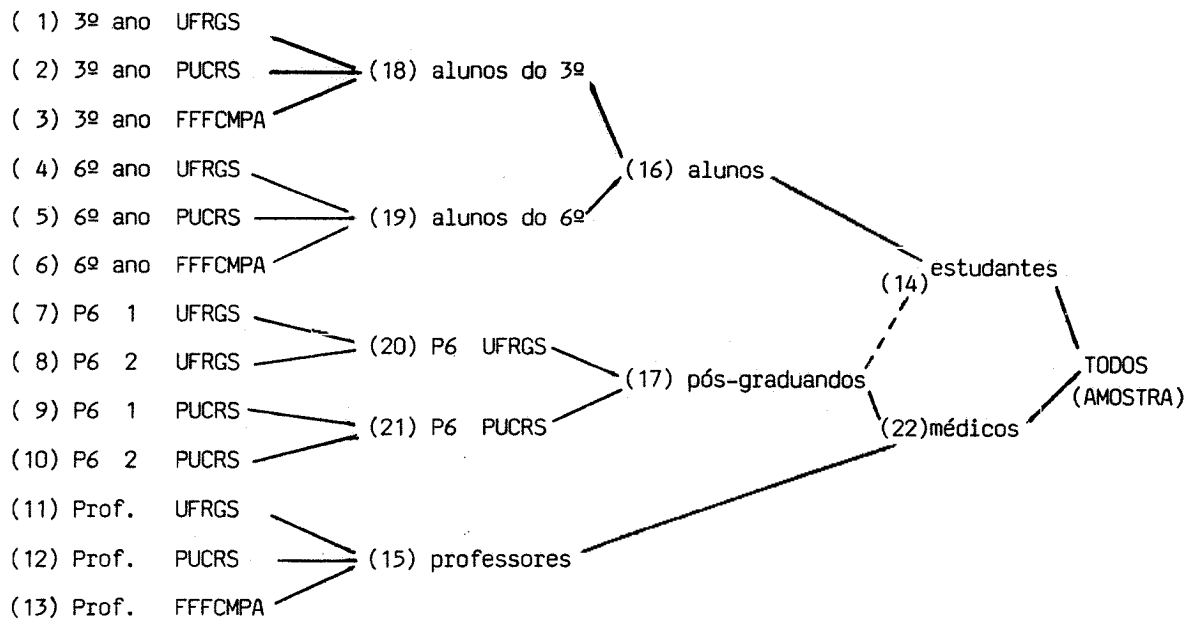
lidade imediata.

Estes trabalhos citados nos levam ao sentimento de que os dados que discutiremos são plausíveis de oferecer uma contribuição àquilo que tanto nos preocupa, isto é, a Educação Médica. Gostaríamos de afirmar, uma vez mais, que a consideramos uma necessidade de importância vital, mormente se levarmos em conta que somos um país em desenvolvimento.

Cabe relatar que, dada à complexidade dos dados e número relativamente alto da amostra, se optou por utilizar um programa de computador, no caso o SPSS (Statistical Programm for Social Sciencies), versão 8.1, de 1980, que foi processado no CPD da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, durante o mês de janeiro de 1989.

Seguimos as recomendações do autor soviético Osipov (1988), que propõe uma série de etapas, tais como: redação dos dados, codificação dos mesmos, controle dos dados, retificação de erros, construção de índices e, finalmente, a análise dos dados.

A seguir, com o objetivo de clarificar o processamento do nosso trabalho, incluimos o quadro que trata da distribuição da amostra em subgrupos:



QUADRO 2 - SUBGRUPOS DA AMOSTRA

Achamos conveniente esclarecer a sistemática adotada para esta análise. No presente capítulo estudaremos as respostas dadas pelos estudantes de 3º e 6º anos do curso de Medicina, pertencentes às três faculdades objeto de estudo. Se utiliza o critério de média, desvio estandar e variância para cada subgrupo, a respeito das questões do questionário e visualizamos, finalmente, o todo das respostas. Tentamos, assim, responder, através desta análise, a primeira questão de pesquisa, através do estudo das médias e freqüências.

A seguir, analisamos as características evidenciadas através de ficha informativa, dos estudantes e as correlacionamos com as opiniões por eles colocadas, tentando, em parte, responder à terceira questão de pesquisa.

Cumpramos esclarecer que, no capítulo seguinte, se segue o mesmo procedimento, desta vez trabalhando com estudantes de pós-graduação (médicos) da UFRGS e PUCRS e os professores (médicos) das três faculdades.

Com o grupo de estudantes de pós-graduação (médicos),

nossa preocupação é a complementação, de dados de conhecimento científico, que podem responder à segunda e terceira questão de pesquisa, bem como, indiretamente, aportar subsídios para a primeira questão de pesquisa.

No que diz respeito aos professores (médicos), tentamos responder à segunda questão e, em parte, também à terceira da pesquisa.

O estudo feito através de tabelas, está ordenado da seguinte forma: uma tabela matricial é desdobrada em sete áreas com seus respectivos itens, que passam a levar a letra da tabela origem (de A a I), acompanhada do indicador numérico da área (1 a 7).

Após estas explicações, passamos a analisar as médias das respostas dadas pelos estudantes do terceiro ano, a amostra contendo 182 alunos (57 UFRGS, 70 PUCRS, 55 FFFCMPA).

TABELA A1

Médias das Opiniões sobre seu curso de graduação (alunos do terceiro ano).

QUESTÃO	3º UFRGS	3º PUCRS	3º FFFCMPA	TOTAL
Q1	4,281	4,614	4,509	4,478
Q2	4,614	4,729	4,655	4,670
Q3	2,561	2,357	2,309	2,407
Q4 Sobre seu	2,614	3,086	2,800	2,852
Q5 curso de	2,561	3,157	3,036	2,934
Q6 graduação	3,053	3,514	3,036	3,225
Q7	2,000	3,271	2,309	2,582
Q8	1,737	2,329	1,855	2,000
Q9	3,456	3,771	3,400	3,560

n=182

Na questão 1 "Você considera que sua motivação ao in-

gressar no curso de Medicina foi intensa" teve as seguintes médias: 4,281 na UFRGS; 4,614 na PUCRS e 4,509 na FFFCMPA, o que evidenciou que a maioria de alunos concorda plenamente (116) (52 concordam em parte, 1 não tem opinião, 11 discordam em parte e 2 totalmente) com o enunciado. A média parcial dos três grupos de alunos foi 4,478, o que evidenciou a mesma intensidade expressa pelos grupos em separado. De certa forma esta concordância comprova que as pessoas que optam pela medicina o fazem com um elevado índice motivacional, embora se desconheça o tipo mais preponderante de motivo.

Na questão 2 "Ao ingressar no curso você percebia que a família, parentes e amigos o apoiavam", obteve as seguintes médias: 4,614 na UFRGS, 4,729 na PUCRS e 4,655 na FFFCMPA, evidenciando uma mais alta concordância (142 totalmente e 29 parcialmente, 3 não têm opinião, 7 discordam em parte e 1 totalmente) com a afirmativa, que se confirma na média total, de 4,670. Isto, de certa maneira, prova que a maior parte das famílias, parentes e amigos parecem apoiar os filhos e estimulá-los para tal opção de vida. Por outro lado constata-se, através de inferência, que a Medicina goza de bastante prestígio na nossa realidade.

Na questão 3 "Você considera que as opiniões dos outros o influenciaram muito na escolha do curso de medicina", os resultados se alteraram notavelmente, se comparados às questões 1 e 2. A maioria dos alunos das três faculdades (79) discordou plenamente, 31 discordaram em parte, 57 concordaram em parte e 12, apenas, concordaram plenamente, havendo três que não opinaram. É interessante examinar, na Tabela, como as médias diminuíram, o que, de certo modo, expressa a dificuldade de compreender os interesses das pessoas e suas opções de vi-



da.

Na questão 4 "Quando você ingressou no curso, tinha conhecimento do currículo (disciplinas, seqüência...)", as opiniões variaram mais, um grande número de alunos concorda em parte (72), 17 concordam plenamente, 47 discordam plenamente, 39 discordam em parte e 7 não tem opinião. Isto evidencia que haveria necessidade de um maior aprofundamento no que os alunos entendem por currículo, ou mesmo quais os valores e objetivos de um curso de medicina. Também nos leva a ponderar a necessidade de que os estudantes tenham, desde muito cedo, maiores conhecimentos sobre a realidade médica, seu significado na sociedade e, especialmente, o sentido de um currículo mais abrangente e realista.

Na questão 5 "Durante o curso de graduação você manteve nível de motivação idêntico àquele de quando ingressou", apesar de apresentar médias discretas, se pode observar que as opiniões se focalizaram com maior incidência nas alternativas concordo em parte (57) e discordo em parte (53) (discordo totalmente - 38, concordo totalmente - 30 e sem opinião - 4), o que prova que os níveis de motivação sofrem alterações e que as pessoas tendem a se localizar, em geral, em modos mais realistas de vivências pessoais e sociais. Poderíamos ainda comentar que normalmente, quando se ingressa na universidade, especialmente em cursos muito ambicionados, a expectativa é grande e nem sempre é correspondida, por isto, cremos, as opiniões são condizentes com a **aclimação** que os alunos do terceiro ano parecem apresentar ao seu curso.

Na questão 6 "Você acredita que as disciplinas são significativas e têm ligação entre si", encontramos médias um

pouco mais elevadas, no entanto a freqüência de respostas novamente se concentra nas alternativas concordo em parte (91) e discordo em parte (60) (16 concordava plenamente, 11 discordam plenamente e 4 não têm opinião). Encontramos que estas opiniões expressas são, de certa forma, coerentes com a questão anterior, já que a **significação** das disciplinas provoca desafios, quando é positiva, o que eleva o nível de motivação para com o estudo. Cabe ressaltar que, devido à estrutura curricular, os alunos não tiveram ainda um contato mais estreito com as disciplinas de cunho clínico, o que não possibilita uma percepção o suficientemente sólida quanto à daqueles alunos que estão insertos na prática desde o princípio dos seus estudos. Cabe esclarecer que em recente mudança, o currículo do curso de Medicina da PUCRS foi alterado no sentido de colocar os alunos precocemente em contato com a área clínica.

Na questão 7 "O curso, como é, satisfaz plenamente as suas expectativas e interesses", encontramos as seguintes médias: UFRGS - 2,000, PUCRS - 3,271 e FFFCMPA - 2,309 e a global 2,582. Estas médias são bastante reveladoras, já que, sem profundizar, podemos ver a discrepância que existe entre elas, ressaltando que a PUCRS apresenta uma média que parece indicar um maior nível de concordância, no obstante os três grupos se inclinam mais em discordar da afirmativa.

Na questão 8 "Se você pudesse voltar no tempo, desejaria cursar novamente as mesmas disciplinas, da mesma forma e na mesma seqüência", a maior freqüência de respostas foi discordar plenamente (79) e em parte (62) (32 concordam em parte, 3 plenamente e 6 não têm opinião), o que, de certa forma, evidencia um desagrado que se teria que estudar melhor, já

lar ou na sua dinâmica pedagógica. De qualquer modo isto pode servir como alerta para o significado dos primeiros anos do curso de Medicina e, talvez, como já deixamos entrever, há necessidade de esclarecimentos maiores e mais profundos ao ingressar na universidade.

Na questão 9 "Os conhecimentos que você adquiriu nas disciplinas básicas podem ser considerados como relevantes para as disciplinas clínicas e cirúrgicas", 90 alunos concordam em parte e 37 plenamente, enquanto que 36 discordam em parte e 13 plenamente (6 não têm opinião). Isto evidencia uma certa contradição com as respostas da questão anterior, entretanto, como já alertamos, o significado de determinados conhecimentos só se faz notar no momento em que é pré-requisito para estudos que são mais atuais e que precisam de um lastro cultural já adquirido.

Ao finalizar esta área, gostaríamos de dizer que, no complemento das questões, os alunos fizeram comentários que coincidem bastante estreitamente com as opiniões manifestadas e a análise feita. Destacaríamos aqui — descontentamento com o curso de medicina, tal como está estruturado, criticando a divisão em disciplinas básicas, clínicas e cirúrgicas; — desejo de entrar em contato precoce com a realidade para poder entender melhor a situação social e profissional, da qual o futuro médico fará parte; — crítica ao seqüenciamento das disciplinas, bem como à falta de clareza nos objetivos do curso e sua interligação; — críticas ao meio médico e alguns comentários sobre a função social da Medicina mais do que a função gananciosa da mesma.

Cabe esclarecer que os comentários tiveram um cunho,

em geral, mais negativo do que positivo e que não foram muitos os estudantes que preencheram este complemento.

TABELA A2 - Médias das Opiniões sobre seus professores do curso de graduação (alunos do terceiro ano)

QUESTÃO	3º UFRGS	3º PUCRS	3º FFFCMPA	TOTAL
Q10	1,947	2,886	2,545	2,489
Q11	1,842	2,829	2,255	2,346
Q12	4,105	4,057	4,345	4,159
Q13	2,070	2,886	2,564	2,533
Q14	2,123	2,100	2,455	2,214
Q15	1,932	2,543	2,018	2,209
Q16	2,281	2,714	2,891	2,632
Q17	2,544	2,500	2,873	2,626
Q18	2,386	3,100	2,473	2,687

n=182

Esta parte do questionário tenta aprofundar a problemática da formação através da figura do professor. Neste sentido, é importante alertar a respeito do significado e valor do docente na sua tríplice função: de estimulador da aprendizagem, de modelo e de organizador de contextos de ensino.

Na questão 10 "Você considera que a maioria dos professores está muito bem capacitada para lecionar no curso de medicina", houve opiniões desencontradas, sendo que na UFRGS a grande maioria discordou plenamente, na PUCRS houve um equilíbrio entre a concordância e a discordância, na FFFCMPA houve um pouco mais de discordância, o que se pode detectar é que a concordância plena foi colocada por apenas 4 alunos. Isto nos leva a comentar que a figura do docente, além de ser de grande importância, pelas razões já apontadas, tem hoje críticos bastante alertas e que denunciam aquilo que não consideram ser condizente com o que esperam. Isto parece, de qual-

quer modo, um alerta, especialmente em uma época de mudanças tão importante quanto a nossa.(CT-4; CP-61; SO-3; DP-66 e DT-48).

Na questão 11 "Os docentes se preocupam em manter um excelente relacionamento interpessoal com os seus alunos (os conhecem, conversam com eles...)", novamente se evidenciou elevados índices de discordância (em parte - 86 e plena - 44) em contrastação com a concordância (em parte - 47, plena - 4 e uma sem opinião). Podemos aqui perceber que, na opinião dos alunos, o relacionamento interpessoal não é excelente, deixando a desejar, isto parece estar ligado, de algum modo, à questão anterior. Este problema de relacionamento, pelas respostas dadas, ficou mais evidente na UFRGS, um pouco menos na FFFCMPA e menos na PUCRS.

Na questão 12 "Existem professores, neste curso, que são convidados a lecionar por serem bons profissionais médicos, apesar de não possuir a devida formação pedagógica", se evidencia a concordância das opiniões (99 plenamente e 44 em parte, 19 sem opinião, 9 discordando em parte e 11 plenamente), apontando para uma realidade que não é estranha mas que pode trazer problemas na formação de um futuro médico, por isto talvez seja importante alertar para que uma Educação Médica seja viável, deverá começar por aqueles que a propiciam.

Na questão 13 "A maioria dos professores do curso utiliza variados métodos, técnicas e recursos pedagógicos", embora tenha existido uma ligeira elevação das médias dos três grupos em relação as questões 10 e 11, se constata que os alunos não consideram os professores suficientemente **aparelhados** didática e pedagogicamente. A maioria dos alunos discorda (parcialmente 58 e totalmente 54, sendo que 47 concordam em par-

te, 17 totalmente e 6 não têm opinião), isto nos leva a concluir que há bastante coerência nas opiniões expressas até o presente momento e que parece pairar uma preocupação evidente sobre o desempenho dos professores.

Na questão 14 "Os docentes das disciplinas básicas têm idêntico desempenho pedagógico de aqueles das disciplinas clínicas e cirúrgicas", houve maior dispersão nas respostas emitidas pelos alunos (discordam em parte 54, totalmente 64, 30 não têm opinião, 29 concordam em parte e 5 totalmente), embora exista um posicionamento crítico e negativo, o que, novamente, parece revelar um preconceito sobre os professores das disciplinas básicas, algo que aparece na complementação das respostas ao final da área. Isto, naturalmente, deverá de alertar sobre o estudo curricular do curso de Medicina.

A questão 15 "Existe uma grande preocupação dos professores em auxiliar os alunos em suas diversas tarefas acadêmicas", teve médias bem próximas à questão anterior, com discordância parcial em 77, total em 58, concordância parcial em 37 e total em 6 (4 não têm opinião). Isto é bastante importante, já que revela a opinião da falta de ajuda dos professores para com as tarefas acadêmicas dos alunos. Para compreender estas opiniões se faz necessário esclarecer que, na UFRGS e na FFFCMPA, ainda os alunos não tiveram disciplinas clínicas e cirúrgicas em número suficientemente satisfatório e é muito provável que as disciplinas básicas, dado o seu cunho mais teórico, apareçam como mais distantes da realidade do aluno e ofereçam condições mínimas de tutoramento.

Na questão 16 "Grande parte dos professores procura sempre ter cuidado ao transmitir as informações em termos de

citar as fontes, analisar vários autores...", pela análise levada a efeito, desta vez os alunos se concentraram majoritariamente nas opções discordo em parte (74) e concordo em parte (55) (36 discordam totalmente, 5 não têm opinião e 12 concordam totalmente), o que revela que há maior ponderação, predominando a crítica.

Na questão 17 "Quase todos os professores se preocupam com sua pontualidade, assiduidade e comprometimento com as tarefas propostas", as médias também permaneceram parecidas com as questões anteriores e a distribuição por opções foi a seguinte: 62 concordam em parte e 12 totalmente, 56 discordam em parte e 49 totalmente (1 não tem opinião), conseqüentemente há uma divisão das opiniões, o que revela existirem vários tipos de professor, cujos comportamentos são diferenciados ante as qualidades enunciadas. Houve uma ligeira tendência para o aspecto negativo.

Na questão 18 "Você considera que os docentes realizam uma integração entre os conteúdos das diferentes disciplinas", a freqüência de respostas foi 51 discordam em parte e 47 totalmente, 6 não têm opinião, 68 concordam em parte e 10 totalmente, o que, outra vez, revela estarem as opiniões divididas, embora haja predominância em discordar. Este é um aspecto importante de ser acentuado, porque tem uma influência significativa em um processo de formação, já que o conhecimento, no nosso entender mais autêntico, se estabelece a partir de integrações cognitivas e sociais. Este comentário nos parece oportuno porque cremos que um dos maiores problemas da Universidade, em qualquer curso, é a falta de integração do conhecimento, a responsabilidade social do mesmo e a ética do uso deste conhecimento.

Lendo atentamente o complemento das questões desta área, pudemos notar existir grande coerência entre as opiniões emitidas e os aspectos expressos de maneira mais livre. Sintetizando as idéias, podemos dizer que: — há muitas reclamações a respeito do docente do curso de medicina, a mais saliente é a sua falta de preparo pedagógico e técnico; — relacionamento interpessoal, apesar de ter melhorado, bastante superficial e distante; — queixas sobre o desleixo na estrutura e condução das aulas, bem como na falta de clareza sobre as tarefas acadêmicas propostas; — críticas sobre a falta de integração entre as disciplinas básicas e as de cunho mais profissional; — os alunos sugerem professores que tenham um melhor preparo, com maior dedicação à formação médica, sendo orientadores e modelos para os alunos que estão em formação; — surgiu a problemática da filosofia do curso e os objetivos das disciplinas que os professores ministram, as quais nem sempre são bem conhecidas pelos alunos.

Recomendam que exista preparo anterior sobre o papel de um acadêmico de medicina, bem como a recíproca seja verdadeira para um docente da mesma área. Enfatizam uma integração entre os docentes, mesmo de igual área, a fim de evitar repetições de conteúdos desnecessariamente.

TABELA A3 - Médias das Opiniões sobre um melhor professor do curso de graduação (alunos do terceiro ano)

QUESTÕES	3º UFRGS	3º PUCRS	3º FFFCMPA	TOTAL
Q19	4,158	3,957	4,273	4,115
Q20 Sobre um melhor	2,053	1,543	1,964	1,830
Q21 professor do	3,439	2,886	3,491	3,242
Q22 curso de gradua-	4,000	3,900	4,218	4,027
Q23 ção	1,526	1,557	1,673	1,582



Assim como pudemos observar que as opiniões dos alunos do terceiro ano têm uma predominância de aspectos críticos, nesta parte do instrumento nossa preocupação é ver as opiniões que os estudantes possuem a respeito de um melhor professor do curso de graduação. Passamos, deste modo, a analisar as respostas emitidas, que formam as opiniões de sugestões que desejamos conhecer.

Na questão 19 "Um melhor professor do curso de medicina deveria ter mais conhecimentos também em outras áreas (filosofia, antropologia, psicologia, sociologia, pedagogia...)", as médias foram muito elevadas e a concordância plena (88) e em parte (61) foi altamente preponderante (16 discordam em parte, 9 totalmente e 8 não têm opinião). Os alunos evidenciaram a importância do conhecimento mais amplo e profundo no sentido humanístico, o que, de certa forma, confirma um clima de pensamento geral, tanto na literatura (ver referencial teórico), quanto nas manifestações de autoridades médicas ou nos movimentos de cunho mais popular sobre uma medicina mais social e humana.

Na questão 20 "Um melhor docente é aquele que tem um conhecimento especializado somente na área em que atua", devemos esclarecer que esta questão foi aqui colocada para observar a coerência ou incoerência comparada com a anterior. Os resultados, em termos das médias, foram bem significativos, já que as mesmas diminuíram notavelmente, tendo uma frequência de: 112 discordam plenamente e 32 em parte, 3 não têm opinião, 27 concordam em parte e 8 plenamente. Isto nos revela que a maioria dos alunos foi extremamente coerente e, ao discordar da afirmativa proposta, mantêm a idéia de que um conhecimento

gerada e limitação de conhecimento.

Na questão 21 "Para ser um melhor professor do curso, é melhor saber utilizar bem os métodos, técnicas e recursos didático-pedagógicos, do que ter um conhecimento profundo da matéria", pelas freqüências (concordam em parte 67 e plenamente 38, 6 não têm opinião, 43 discordam em parte e 28 plenamente), podemos notar que as opiniões estão divididas mas que existe uma ligeira preponderância sobre o aspecto de concordância, o que, de fato, traria à baila a necessidade de um preparo mais profundo dos professores de medicina.

Na questão 22 "Melhores professores deveriam se preocupar em realizar cursos (especialização, mestrado, doutorado) também na área de Educação", chamamos a atenção que as médias novamente aumentaram, ficando extremamente parecidas. Na análise das freqüências (92 concordam plenamente, 47 em parte, 12 não têm opinião, 18 discordam em parte e 13 totalmente) há uma clara preponderância sobre concordar com um melhor preparo do professor e inclusive parece evidenciar-se uma valorização da Educação como dimensão de melhoria pessoal e coletiva. Isto é bem importante porque uma Educação Médica, na nossa percepção, não consiste em se ter apenas melhores conhecimentos de Medicina mas um **aprender** os aspectos mais críticos do Ensino e da Educação. Neste sentido, é relevante frisar que a opinião dos estudantes é muito significativa, já que eles estão vivendo, **na própria carne**, o processamento da sua formação, portanto são, simultaneamente, agentes e sujeitos das modificações que são levadas a efeito.

Na questão 23 "Não é necessário estabelecer boas relações interpessoais para ser um melhor docente", novamente os

estudantes manifestaram uma alta coerência nas suas opiniões, isto pode-se observar pela diminuição numérica das médias em todos os grupos e muito mais pelas frequências (132 discordam plenamente, 25 em parte, 2 não têm opinião, 15 concordam em parte e 8 totalmente). A discordância para com a afirmativa revela a importância que os alunos dão a um bom relacionamento. Esta resposta se liga diretamente com a questão 11, onde criticavam a carência deste excelente relacionamento.

Como pudemos observar, esta parte do questionário obteve respostas extremamente coerentes, que se complementaram com os comentários realizados pelos estudantes. Entre eles cabe salientar o valor que é dado para um conhecimento mais amplo e crítico, bem como o reconhecimento de ter uma visão mais nítida da realidade social. Ficou patente a necessidade dos professores estarem mais atualizados e serem mais sensíveis para com as necessidades dos alunos. Destacou-se, novamente, o problema do relacionamento humano, acompanhado de características pessoais e pedagógicas que alcancem um nível de excelência.

Os dez adjetivos mais encontrados foram os seguintes: honesto, humilde, competente, coerente, sociável, justo, atualizado, democrático, organizado e paciente.

No caso dos alunos do terceiro ano, estes foram os adjetivos que mais preponderaram, entretanto cabe chamar a atenção de que houve outros adjetivos que foram salientados. O que parece bastante claro é que os alunos das três faculdades, através dos adjetivos, esperam do professor alguém que tenha conhecimento mas que, ao mesmo tempo, seja capaz de um bom relacionamento interpessoal e que exerça as suas funções de

professor com honestidade e, principalmente, com justiça.

Nesta nossa análise concluímos que os adjetivos foram coerentes com as respostas dadas às questões.

As três sugestões mais freqüentes para um preparo deste melhor professor de Medicina foram:

- em primeiro lugar, uma boa escolha de professores, os que realmente gostem do que fazem, que evidenciem melhor conhecimento e que sejam selecionados por meios idôneos;

- em segundo lugar, que existam cursos de formação pedagógica para os professores da área de Medicina, para que desenvolvam melhor as habilidades didáticas;

- em terceiro lugar, **educação** de relações interpessoais.

Como podemos perceber, estas sugestões, por sinal bem interessantes, evidenciam uma aproximação muito grande com aquilo que já tinha sido evidenciado nas questões, sobre as opiniões emitidas pelos alunos das três faculdades. É importante salientar que outras sugestões foram dadas, também oportunas e importantes, mas não tiveram a incidência das que foram aqui destacadas.

Um elemento bastante percebido foi como os alunos parecem reconhecer a importância do preparo educacional dos docentes e como isto nos deixa bem clara a responsabilidade de que uma Educação Médica está intimamente ligada a uma **dialética** que trata dos temas da Saúde e da Educação.

Nesta perspectiva, cabe, uma vez mais, apontar para a necessidade de revalorização interdisciplinar bem como a

mais completa formação possível do ser humano.

TABELA A4 - Médias das Opiniões sobre um melhor médico  
(alunos do terceiro ano)

QUESTÕES	3º UFRGS	3º PUCRS	3º FFFCMPA	TOTAL
Q24	4,211	4,157	4,564	4,297
Q25 um	1,825	1,986	1,909	1,912
Q26 melhor	3,754	3,957	3,691	3,813
Q27 médico	2,579	2,500	2,655	2,571
Q28	1,281	1,343	1,309	1,313

n=182

Na questão 24 "um melhor médico deveria ter mais conhecimento também em outras áreas (Filosofia, Antropologia, Psicologia, Sociologia, Pedagogia...)", notamos que as médias foram bastante elevadas, com uma frequência de 104 concordam plenamente, 47 parcialmente, 3 não têm opinião, 7 discordam em parte e 11 totalmente. Repetiu-se aqui o fenômeno que apareceu na questão 19, isto é, a opinião dos estudantes é amplamente favorável a uma visão mais ampla do médico, crítica e, principalmente, humanística.

Na questão 25 "Para ser um melhor médico basta realizar muito bem o curso de graduação", as médias decresceram bastante e as frequências foram as seguintes: 102 discordam totalmente e 40 em parte, 5 não têm opinião, 24 concordam em parte e 11 totalmente. Novamente os alunos tiveram a clareza de discordar da afirmativa, na sua grande maioria, evidenciando que o melhor médico necessita de muito mais elementos do que os recebidos apenas em uma boa graduação.

Na questão 26 "Um melhor médico é aquele que se preocupa em realizar cursos (especialização, mestrado, doutorado)

na área de seu interesse e atuação", houve concordância maior (87 em parte e 55 plenamente, 3 não têm opinião, 25 discorda em parte e 12 plenamente) mas não tão significativa quanto na questão 22, que se referia ao melhor preparo do professor.

Na questão 27 "Para ser um melhor médico sempre é necessário especializar-se, em vez de ter uma visão e atuação global da medicina", as opiniões aparecem divididas, embora pela freqüência (59 discordam totalmente e 51 plenamente, 3 não têm opinião, 47 concordam em parte e 22 totalmente) sejam mais discordantes.

Na questão 28 "Não é necessário estabelecer boas relações interpessoais para ser um melhor médico", as médias foram bastante baixas, com uma freqüência de 152 discordam plenamente e 19 em parte, 6 concordam em parte e 5 plenamente, o que novamente revela o quanto o grupo de alunos aprecia as relações interpessoais mais positivas, o que nos leva a crer que, além de ser uma condição básica de um melhor desenvolvimento humano, se trata de uma característica fortemente enraizada em nossa cultura. Os resultados foram próximos da questão 23.

No complemento das questões ficou registrado que a maior parte dos estudantes que se manifestaram, desejam um médico com conhecimentos mais amplos e com maior responsabilidade social. Consideram importante que o médico tenha uma amplitude de interesses, bem como estudos complementares que abram maiores perspectivas para sua vida e exercício profissional. Existem manifestações de que a medicina deve cumprir um papel importante em sociedades em desenvolvimento e que, conseqüentemente, os médicos não podem estar alheios a tal in-

cumbência.

Foi muito valorizado o dimensionamento interpessoal, embora não apenas como relações de **conviver** mas sim como possibilidades de ver os direitos humanos realmente cumpridos.

Sobre as dez características mais enfatizadas de um melhor médico, foram as seguintes: honesto, estudioso, pontual, afetivo, preparado, vocacionado, culto, compreensivo, humilde e seguro.

Como aconteceu nos adjetivos sobre os professores, aqui também houve outros, que foram bastante mencionados. Os que incidiram, revelaram bastante coerência com as opiniões emitidas e, sem dúvida, um perfil de médico cuja preocupação fundamental seja o reconhecimento da sua humanidade, melhor relacionamento e valorização da competência profissional. É interessante assinalar que, de certa forma, os alunos revelaram o seu ideal de médico, que parece coincidir, de certo modo, com um professor da Medicina. Por outro lado, extrapolando um pouco, chamaríamos a atenção sobre a necessidade de reconhecer, nestas opiniões, valores de vida.

Sobre as três sugestões de um melhor médico, obtivemos:

Em primeiro lugar, aparece a vocação pela Medicina, em segundo lugar o tratar o paciente como um todo e, em terceiro lugar, melhorar a formação na faculdade.

Houve, evidentemente, outras boas sugestões, porém estas foram as que mais se salientaram e as que tiveram maior incidência. Cabe chamar a atenção de que a vocação pela Medicina expressa pelos alunos parece coincidir com o que dis-

seram sobre professores que gostam do que fazem. Isto, novamente, parece revelar uma atitude de valor, onde a profissão não deve ser simplesmente um meio mas deve representar um fim.

Sobre o paciente como um todo, nos cabe dizer que esta é a dimensão holística na Medicina e nos revela que os alunos parecem ter consciência de necessidade deste tratamento e da sua verdadeira manifestação. Parece-nos que estes comentários ajudam a entender a terceira sugestão: uma melhor formação durante a faculdade.

TABELA A5 - Médias das Opiniões sobre a Responsabilidade Social (alunos do terceiro ano)

QUESTÕES	3º UFRGS	3º PUCRS	3º FFFCMPA	TOTAL
Q29	3,860	4,129	3,964	3,995
Q30	2,754	2,614	2,636	2,665
Q31	1,018	1,343	1,145	1,181
Q32	1,218	2,357	1,909	1,885
Q33	2,000	2,114	2,164	2,093
Q34	1,772	1,557	1,945	1,742

n=182

A questão 29 "O médico mais consciente é aquele que procura utilizar o bom senso, mesmo que vá contra certos princípios ou normas sociais", nos introduz no tema Responsabilidade Social, que é de grande significado na formação de um médico, já que ele é um homem público, seus comportamentos repercutem de forma notável em uma sociedade como a nossa, em constante reestruturação.

Como podemos observar na tabela, as médias desta questão foram razoavelmente elevadas e a distribuição foi muito mais no sentido de concordância (plena - 78, em parte 66, 12



indica que a preocupação dos estudantes sobre o médico mais consciente está em seguir controles internos que o responsabilizem, em primeiro lugar, ante seus próprios atos e, em segundo lugar, desenvolva um tipo de comportamento que esteja de acordo com o seu conhecimento científico e da realidade, mesmo que os preconceitos ou normas sociais o pressionem de forma indesejável.

Na questão 30 "Nosso país apresenta muitas doenças endêmicas (Malária, Esquistossomose, Chagas,...), o que é um problema social de responsabilidade exclusivamente governamental", as médias de respostas foram bastante semelhantes e as freqüências estão mais em um sentido de discordar (52 totalmente e 48 parcialmente, 5 não têm opinião, 63 concordam em parte e 14 totalmente). Isto evidencia que os estudantes são bastante conscientes sobre a sua responsabilidade social e não caem na armadilha de pensar que os outros (ou o governo) são os únicos responsáveis pela problemática da saúde. Gostaríamos de comentar que isto nos parece da maior relevância, já que é muito comum encontrar o **jogo de empurra-empurra**, especialmente em sociedades com gravíssimos problemas e grande índice de alienação social.

Na questão 31 "Para um país em desenvolvimento como o nosso, não se deveria dar tanta atenção aos cuidados primários em Saúde (Saneamento básico, Postos de Saúde,...)", chamamos a atenção que as médias foram bastante baixas e que a distribuição se configurou assim: 167 discordam totalmente e 7 em parte, 3 não têm opinião e 5 concordam totalmente, evidenciando, outra vez, nas opiniões, que há uma grande responsabilidade, pode-se inferir que existe nelas uma consciência muito aguda da Atenção Primária em Saúde

Na questão 32 "O melhor local para atender a maioria dos problemas de doença da população está a nível terciário (hospitalar)", as médias se apresentaram mais discretamente baixas e a distribuição por faculdades foi um pouco diferenciada, com a freqüência de 106 discordo totalmente e 35 parcialmente, 6 não têm opinião, 26 concordam parcialmente e 9 totalmente, o que evidencia existir muitos pontos de vista sobre o papel do hospital e, até diríamos, um certo desconhecimento da real situação deles, no nosso país, especialmente se levarmos em conta a crise de pessoal, instalações, recursos e medicamentos da maioria dos hospitais.

Na questão 33 "Um médico que trabalha quatro horas em um serviço público pode atender seus clientes do mesmo modo que em quatro horas em serviço particular", as médias aumentaram discretamente, com uma distribuição mais para discordante (94 totalmente e 36 parcialmente, 10 sem opinião, 25 concordam em parte e 17 totalmente), isto evidencia que os estudantes não acreditam que a pessoa possa ter um bom atendimento ao utilizar um serviço público, isto porque a rede de saúde pública tem uma grande demanda, em massa, de todo tipo de pessoa, em especial as carentes ou inapiárias, contrastando com os atendimentos particulares.

A questão 34 "Os municípios do interior só servem para o médico ganhar dinheiro e voltar para as grandes cidades", evidencia médias discretamente baixas e sua distribuição foi mais discordante (116 totalmente, 29 em parte, 13 sem opinião, 16 concordam em parte e 8 totalmente), o que demonstra que os estudantes estão conscientes da responsabilidade do seu papel, independente do local e tempo que vão exercer suas atividades por outro lado é muito possível ao estar saturado o

mercado de trabalho nas capitais, que os novos profissionais optem ou por cidades menores, ou por outras cidades do interior. Isto podemos observar pelo grande fluxo de médicos para Rondônia ou o recém-criado Tocantins.

Cabe agora sintetizar as colocações feitas sobre a parte complementar, em que a maioria opinou que é necessário os médicos terem uma consciência social mais aguda dos problemas de saúde, educação e economia, especialmente na América Latina e no nosso país. Isto implica, de certa forma, na desacralização do médico como **o salvador da pátria**, mas se confirma, nas manifestações, a necessidade de uma mais aguda análise crítica do momento histórico que estamos vivendo.

Outro aspecto que foi bastante comentado foi exatamente a Atenção Primária em Saúde, propiciando um leque maior de opções, através das quais as pessoas se apercebiam das necessidades urgentes de grande parcela da população, se parta para uma Medicina de cunho mais comunitário e de cunho claramente preventivo.

Um outro aspecto muito importante foi a falta de condições para o trabalho, tanto do cunho de materiais quanto de progresso institucional, para o atendimento a grandes camadas populacionais necessitadas.

Como consequência da análise sobre a Responsabilidade Social, temos agora a área sobre o desempenho médico, com a tabela a seguir:

TABELA A6 - Médias das Opiniões sobre o desempenho médico  
(alunos do terceiro ano)

QUESTÃO	3º UFRGS	3º PUCRS	3º FFFCMPA	TOTAL
Q35	2,000	2,800	4,236	2,984
Q36	4,333	4,314	4,745	4,451
Q37 Sobre o	2,719	2,643	4,527	3,236
Q38 desempenho	3,089	3,329	3,855	3,412
Q39 médico	2,772	3,443	4,564	3,571
Q40	4,333	4,243	3,745	4,121

n=182

Na questão 35 "Você conhece muito bem o Código de Ética Médica e sempre segue suas normas", houve bastante variação nas médias dos três grupos e a distribuição foi a seguinte: 44 discordam totalmente, 26 parcialmente, 34 não têm opinião, 45 concordam em parte e 33 totalmente, o que mostra uma grande disparidade de opiniões, possivelmente denotando experiências muito variadas e que não estariam simplesmente explicadas pela dimensão de atividades ou currículo mas que se localizariam no tipo de conhecimento que as pessoas vão elaborando através da sua existência. Levantamos também a possibilidade de que tenha sido respondida a questão de maneira muito rápida, sem pleno conhecimento de causa (cabe lembrar que estes alunos ainda não tiveram contato formal, na grade curricular, com as disciplinas que tratam de Ética).

Na questão 36 "O melhor médico procura saber a opinião de colegas, quando o caso que está cuidando lhe parece diferente", podemos notar que as médias são elevadas, concordando com a afirmativa (128 totalmente, 32 em parte, 7 sem opinião, 6 discordando em parte e 9 totalmente), o que demonstra a opinião de cooperação que os alunos estão aprendendo e que terá, mais tarde, significado quando na vida profissional se a-

presentem dificuldades ou se tenham muitas dúvidas.

Na questão 37 "Para melhor se desempenhar, o médico deve atender as pessoas diferenciadas em locais diferenciados", as médias, embora razoavelmente altas, se apresentaram muito altas em um grupo, sendo a frequência um pouco tendente a concordar (56 totalmente e 39 parcialmente, 18 sem opinião, 30 discordando em parte e 39 totalmente). Aqui temos novamente as opiniões distribuídas pelas opções, o que torna muito difícil a análise, já que, no nosso entender, a experiência nos locais de aula ou trabalho possa servir apenas como um indicador da realidade mas não a realidade em si mesma, complexa e multifacetada. Pode ser que aqui esteja ocorrendo a intervenção de uma variável importante, o quanto os alunos já tenham tido exposição aos atendimentos médicos diferentes e diversificados em termos de pessoas e doenças.

Na questão 38 "A boa apresentação do médico corresponde a um melhor desempenho profissional", se apresenta, nas médias, razoavelmente equilibrada, com uma frequência mais concordante (49 totalmente e 62 parcialmente, 12 sem opinião, 33 discordando parcialmente e 26 totalmente), isto nos revela que a boa apresentação pode contribuir para um melhor desempenho profissional, em outras palavras, os cuidados que o médico se dispensa a si próprio, de certa forma, servem como um indicador do que ele poderá fazer. Aliás, este tipo de relação tem sido bastante usado em outras áreas do comportamento humano, em especial no mundo dos negócios, no direito e no magistério.

Na questão 39 "O médico consciente sabe adequar o tipo de atendimento que presta de acordo com a classe social da pessoa que atende", se revelam médias bem diferenciadas nos

três grupos, sendo que a freqüência está mais para concordar (87 totalmente, 27 em parte, 10 sem opinião, 19 discordando parcialmente e 39 totalmente), o que demonstra uma dispersão de respostas, talvez por não entender completamente o pensamento expresso, onde se salienta a necessidade de saber adequar-se, sem deixar de ser eficiente e responsável, aos tipos de pessoas que são atendidas.

Na questão 40 "Deve existir correspondência entre a atualização constante do médico (comparecendo a eventos científicos, assinando e lendo revistas da área) com o seu desempenho profissional", houve médias, em geral, bastante elevadas e a freqüência de respostas se localiza na concordância (95 totalmente e 52 parcialmente, 8 sem opinião, 16 discordando parcialmente e 11 totalmente), revelando que as opiniões são claramente favoráveis à atualização constante do médico, com o intuito de ter efeito sobre o seu melhor desempenho profissional.

Como podemos observar, nesta parte do questionário houve muita diversidade de opiniões e talvez ainda não existam estruturas bem claras a respeito das formulações de conhecimento e análise. Na complementação ficou bastante claro que há divergências no que diz respeito ao tipo ideal de médico, já que, para alguns, ao desempenhar uma tarefa social, se tem uma responsabilidade imediata com camadas necessitadas. Neste sentido, nas manifestações constatadas, o desempenho médico tem um triplo sentido: de preservação da saúde; de **animador de consciências sociais** e sobre um dimensionamento ético que deverá de emanar da própria convivência social e dos novos desafios que a sociedade se impõe, especialmente naquelas que

Foi bastante criticada a ganância de alguns médicos e a sua alienação dos problemas enfrentados nos países em desenvolvimento.

TABELA A7 - Médias das Opiniões sobre a Personalidade Adulta (alunos do terceiro ano)

QUESTÃO	3º UFRGS	3º PUCRS	3º FFFCMPA	TOTAL
Q41	3,860	4,186	3,036	3,736
Q42	4,684	4,174	4,236	4,560
Q43 Sobre a	4,386	4,614	3,109	4,088
Q44 Personalidade	4,140	4,314	3,527	4,022
Q45 Adulta	4,877	4,671	3,400	4,352
Q46	3,596	4,186	4,582	4,121

n=182

Na questão 41 "De acordo com a idade, as pessoas têm mais experiência para solucionar os problemas de vida", as médias foram elevadas, especialmente em dois grupos, em um deles houve um ligeiro declínio, enquanto que a distribuição da freqüência foi a seguinte: concordo plenamente - 57, concordo em parte 69, não têm opinião - 19, discordo em parte 25 e discordo totalmente - 12, o que demonstra que os estudantes têm consciência de que o transcorrer das experiências vitais vai possibilitando uma talvez melhor percepção e capacidade de solucionar as problemáticas vitais. Isto é importante, visto que pode representar uma consciência mais crítica de mudança durante o ciclo vital.

Na questão 42 "Sinto que esta fase da vida é muito importante para mim", os três grupos de alunos apresentaram médias bastante elevadas e a freqüência foi de 134 concordo plenamente e 30 em parte, 9 não têm opinião, 4 discordam em parte e 5 plenamente. A grande maioria concordou plenamente

com a afirmativa, o que mostra uma evidente comprovação de que a Idade Adulta Jovem, especialmente quando se está trabalhando para desenvolver um sentido profissional, é da mais alta importância, por estar repleta ainda de muitos sonhos, ilusões, esperanças e ideais.

Na questão 43 "Tenho tido oportunidade para crescer como pessoa", notamos que as médias também foram altas, menores em um grupo. e as freqüências foram: 97 concorda totalmente, 50 em parte, 5 não têm opinião, 14 discordo em parte e 16 totalmente; embora houvesse concordância com a afirmativa, notou-se uma ligeira distribuição entre as opções, aqui podendo significar que, apesar das expectativas e interesses, existe alguma desesperança e receio perante o tipo de vida que esperam as pessoas que estão se formando.

Na questão 44 "Preocupo-me profundamente com o que está acontecendo no país nestes momentos", demonstrou também médias elevadas, sendo que o mesmo grupo, cuja média antes foi menor, se manteve aproximadamente na mesma média. A freqüência ficou distribuída assim: 76 concordam totalmente e 71 parcialmente, 10 não têm opinião, 13 discordam em parte e 12 totalmente, ficando na concordância, embora com ligeira distribuição pelas opções. Notamos aqui uma preocupação pela situação brasileira e o reconhecimento de sua seriedade. Seria importante discutir até que ponto eles têm uma visão realística do que de fato acontece e se não estão **mais protegidos** pelo seu próprio estatus social.

(Cabe salientar que os dados foram recolhidos entre junho e outubro de 1988).

Na questão 45 "São muitas as coisas que gostaria de



realizar nestes momentos na minha vida", as médias, em dois grupos, foram bem elevadas, se repetiu o fenômeno que aquele grupo que teve as suas médias menores persistiu também nesta questão. A distribuição foi: 124 concordo totalmente e 32 em parte, 5 não têm opinião, 8 discordam em parte e 18 totalmente. Embora tenha havido uma certa distribuição entre as opções, houve uma concordância plena na maioria dos estudantes. Esta questão é bastante coerente com a 42, completando o sentido de vida que as pessoas precisam desenvolver.

Na questão 46 "Creio que estou conseguindo viabilizar os planos que elaborei para o meu futuro", as médias revelam que outro grupo baixou o seu índice e aquele que tinha mantido médias menores teve uma elevação abrupta nesta questão, tendo havido a seguinte distribuição de freqüências: 77 concordam totalmente e 78 em parte, 6 não têm opinião, 14 discordam em parte e 7 totalmente. Embora houvesse alguma distribuição pelas opções, a concentração numérica se fez na concordância. Isto nos revela que, na opinião destes alunos, há possibilidades, nestes momentos da sua existência, de levar avante os planos que traçaram para o seu futuro. Sem dúvida nenhuma se constituiria um estudo enormemente interessante saber os tipos de planos, bem como sua relevância e significado pessoal e social, em especial se tratando de Adultos Jovens.

Na parte complementar das questões podemos dizer que as pessoas que responderam confirmaram o desejo de viver, triunfar e serem especialmente úteis.

Apareceu claramente uma dimensão de participação social, através de uma medicina menos elitista e mais voltada para os problemas de ordem cultural e de grandes massas popu-

lacionais. O Brasil mereceu comentários que evidenciaram a preocupação pela situação político-econômica. A distribuição de renda, bem como o papel das elites foi criticado claramente.

Isto nos leva a concluir que os alunos parecem conscientes de estarem vivendo um momento de transição, cuja importância e valor não podem nem devem ser minimizados.

Ao encerrar esta análise dos estudantes de Medicina do terceiro ano, chamamos a atenção sobre o quanto parecem oportunas e atuais as opiniões expressas, são como uma espécie de **radiografia**, que pode e deve ser interpretada às luzes de um quadro maior, para observar se as convergências ou divergências fazem sentido e nos ajudam na compreensão desse todo complexo que denominamos Educação Médica.

Gostaríamos de alertar que, embora este capítulo tenha proporções desmesuradas, isto é necessário porque a análise e discussão dos dados dos alunos não pode ser, na nossa percepção, separada, daí porque **intencionalmente** fizemos a opção de trabalhar, a seguir, as opiniões dos alunos do sexto ano, da mesma forma que foi feita esta análise. Advertimos que não repetiremos o enunciado das questões mas sim acrescentaremos, quando necessário, um pertinente comentário comparativo. Utilizaremos também um código para as freqüências:

CT - concordo totalmente

CP - concordo em parte

SO - sem opinião

DP - discordo em parte

DT - discordo totalmente

## ALUNOS DE 6º ANO

TABELA B1 - Médias das Opiniões sobre seu curso de graduação  
(alunos do sexto ano)

QUESTÕES	6º UFRGS	6º PUCRS	6º FFFCMPA	TOTAL
Q1	4,421	4,458	4,641	4,515
Q2	4,632	4,708	4,667	4,663
Q3	2,763	2,667	2,590	2,673
Q4 Seu curso	2,342	2,167	2,744	2,455
Q5 de graduação	2,763	3,125	3,000	2,941
Q6	2,658	3,458	2,891	2,941
Q7	1,789	2,333	2,282	2,109
Q8	1,605	2,000	1,923	1,822
Q9	3,211	4,042	3,462	3,505

n=101

Na questão 1, as médias foram muito elevadas e extremamente parecidas com as dos alunos do terceiro ano (frequências: 68-CT, 25-CP, 2-SO, 4-DP, 2-DT), havendo concordância total, na grande maioria, o que evidenciou grande motivação ao ingressar no curso. É muito provável que, com o transcorrer dos anos, exista agora uma maior clareza sobre como foi a motivação inicial.

Na questão 2, as médias também foram altas e novamente muito similares às do terceiro ano (frequências: 78-CT, 17-CP, 1-SO, 2-DP), o que nos leva a acreditar, como no caso do terceiro ano, o papel relevante da família, parentes e amigos na nossa cultura e o quanto isto pode ter sido significativo para a continuação do progresso nos estudos. É interessante observar que as opiniões se mantêm bastante estáveis, comparando os dois grupos.

Na questão 3, as médias são também muito próximas às

20-DP, 33-DT), curiosamente também as frequências, percentualmente, estão bem próximas, havendo um pequeno sentido para a concordância, o que nos leva a crer que a influência dos outros não foi muito importante na escolha do curso. Este é um fenômeno interessante, pois parece indicar que, quem se decidiu por si a estudar medicina, parece ter maior segurança em assinalar a opção da questão.

Na questão 4, as médias, embora parecidas, sofreram uma redução em um dos grupos (frequências: 7-CT, 31-CP, 2-SO, 22-DP, 39-DT), a distribuição foi por todas as opções, embora a maioria tenha discordado da afirmativa. Isto é interessante porque revela que os alunos do sexto ano parecem ter, agora, uma maior consciência do seu desconhecimento do currículo ao iniciar o curso (visto que quase 10% reoptaram da concordância para a discordância).

Na questão 5, as médias também estão bastante parecidas às do terceiro ano (frequências: 13-CT, 38-CP, 2-SO, 26-DP e 22-DT), havendo, apesar das diferenças em tamanho, uma distribuição percentual por opções bastante parecida, indicando respostas similares. O nível de motivação é algo que deveria ser estudado com mais afinco, especialmente ligado às oportunidades de conhecimento, às experiências significativas e à visão crítica da realidade.

Na questão 6, as médias foram um pouco diferentes (frequências: 6-CT, 41-CP, 1-SO, 47-DP, 6-DT), havendo uma mudança percentual de aproximadamente 10% de alunos que reoptaram para discordância, em relação ao terceiro ano, o que poderia indicar que já há uma visão mais crítica da formação e do currículo e isto é um indicador possível para repensar a

Educação Médica, já que, se as disciplinas não são suficientemente significativas e não possuem uma ligação estreita entre si, elas não cumprem com o seu papel de serem desafiadoras, para o conhecimento e a prática profissional.

Na questão 7, as médias sofreram uma ligeira redução em dois grupos, se comparadas às do terceiro ano, sendo que o outro grupo teve uma redução drástica (frequências: 21-CP, 1-SO, 47-DP, 32-DT), isto se refletiu em que as opiniões sofreram alteração, passando a haver uma mudança de quase 20% para a discordância, revelando que o curso é olhado bem mais criticamente e não possui aquele valor que era dado no terceiro ano de graduação (ou percebido pelos alunos). Isto talvez ocorra devido a que os estudantes tenham já uma maior percepção crítica e uma vivência mais aprofundada em termos universitários.

Na questão 8, as médias também foram baixas (frequências: 14-CP, 2-SO, 37-DP, 48-DT), demonstrando que os alunos discordam da afirmativa, fenômeno que já se tinha revelado nos alunos do terceiro ano. Este é outro indicador para possíveis reformas curriculares.

Na questão 9, as médias foram bem semelhantes às do terceiro ano (frequências: 22-CT, 48-CP, 21-DP, 10-DT), sendo os resultados extremamente parecidos, demonstrando que os conhecimentos adquiridos nas disciplinas básicas são relevantes para os estudos posteriores.

Um comentário se faz necessário, é justamente o reconhecimento destas disciplinas básicas como elementos fundamentais de uma formação profissional, talvez o que seria importante reconhecer é que a formação em estas disciplinas são

gam aos alunos e como são visualizados no campo da prática médica.

Ao complementar estas questões, os alunos de sexto ano que responderam fizeram considerações críticas, onde salientaram a diminuição do nível de motivação durante o curso e, alguns, uma incrementação no estágio; criticaram acirradamente a distribuição curricular, chamando a atenção de que as disciplinas básicas são muito importantes mas somente quando referidas como fundamentos à parte prática. Sugerem, em geral, um reestudo do currículo e uma reintegração dos conteúdos, que dizem ser muito comportamentalizados e às vezes repetitivos (nas diferentes disciplinas).

Fazem também algumas propostas de reestudo curricular que enfatizem mais a prática desde o primeiro momento (no ingresso), como uma participação em pesquisas e a possibilidade de poder cursar novamente alguma disciplina do Básico.

TABELA B2 - Médias das Opiniões sobre seus professores do curso de graduação (alunos do sexto ano)

QUESTÕES	6º UFRGS	6º PUCRS	6º FFFCMPA	TOTAL
Q10	2,342	2,042	2,436	2,307
Q11	1,974	2,667	2,256	2,249
Q12 Sobre seus	4,342	4,587	4,436	4,436
Q13 professores do	2,000	2,833	2,513	2,396
Q14 curso de gra-	2,316	2,292	2,385	2,337
Q15 duação	1,737	2,250	2,179	2,030
Q16	2,658	2,292	2,410	2,475
Q17	2,263	3,042	2,692	2,614
Q18	2,132	2,583	2,103	2,228

n=101

Na questão 10, as médias se apresentaram razoavelmente parecidas entre os alunos das faculdades e comparativamente com os do terceiro ano (frequências: 3-CT, 27-CP, 39-DP, 32-DT), houve ênfase em colocar que a maioria dos professores não está capacitada para lecionar no curso de medicina.

Na questão 11, novamente encontramos médias muito semelhantes entre os grupos de sexto e terceiro, havendo uma das médias novamente mais baixa que as outras duas (frequências: 1-CT, 26-CP, 44-DP, 30-DT). Os resultados evidenciaram que o relacionamento interpessoal entre professores e alunos se constitui, para eles, em um problema. As opiniões são muito parecidas às emitidas pelos alunos do terceiro ano.

Na questão 12, as médias são também bem elevadas, similares entre si e em relação ao terceiro ano (frequências: 62-CT, 29-CP, 4-SO, 4-DP, 2-DT), mais uma vez demonstrando que os professores são convidados a lecionar por serem bons médicos, sem possuir a devida formação pedagógica. Há coincidência com as opiniões dos alunos do terceiro ano.

Na questão 13 as médias foram menores, duas semelhantes e uma menor (frequências: 8-CT, 23-CP, 3-SO, 34-DP, 33-DT). As opiniões estão divididas entre as opções, tendendo à discordância, o que confirma que a maioria dos professores do curso não utiliza variados métodos, técnicas e recursos didático-pedagógicos, o que sugere que isto persista durante todo o curso, pelas opiniões expressas, o que talvez possa vir a ajudar em direcionar para um preparo pedagógico e didático do professor com mais ênfase e urgência.

Na questão 14, as médias novamente são muito parecidas entre si (frequências: 4-CT, 22-CP, 7-SO, 39-DP, 29-DT)

dirigindo-se mais para a discordância com o enunciado, o que traduz que há diferenças entre o desempenho dos docentes de disciplinas básicas com os das clínicas e cirúrgicas, permanecendo ainda bem marcante até o final do curso. Chamamos a atenção que há bastante coincidência com o que os alunos do terceiro ano opinaram.

Na questão 15, as médias baixaram um pouco, se comparadas às do terceiro ano e há uma mais baixa em relação às outras duas (frequências: 17-CP, 2-SO, 49-DP, 33-DT), predominando a discordância. É interessante observar que, apesar de estarem os alunos mais em contato direto com os professores, continuam opinando, em sua maioria, que não são auxiliados como deveriam nas suas tarefas acadêmicas. Isto parece importante porque afetaria a uma Educação Médica mais inovadora.

Na questão 16, as médias são bastante coincidentes entre si (frequências: 8-CT, 25-CP, 2-SO, 38-DP, 28-DT), com semelhança com o terceiro ano, evidenciando que grande parte dos professores, ao transmitir as suas informações, não o faz revelando as fontes nem propiciando as referências bibliográficas pertinentes.

Na questão 17, as médias de dois grupos são semelhantes e a do terceiro é maior (frequências: 8-CT, 29-CP, 2-SO, 40-DP, 22-DT), revelando dispersão nas opções, com ênfase na discordância, o que mostra que há dúvidas a respeito do comportamento dos professores, embora se mantenha a discussão crítica. Os resultados são parecidos aos do terceiro ano.

Na questão 18, as médias entre os grupos não são altas, são semelhantes (frequências: 3-CT, 22-CP, 3-SO, 40-DP, 22-DT) o que demonstra não existir uma integração entre os



conteúdos das diferentes disciplinas. Neste sentido é importante chamar a atenção de que os alunos do sexto ano coincidem bastante com as do terceiro nas suas opiniões, o que de certa forma é preocupante, porque esta preponderância negativa pode levar a concluir sobre as precárias condições da formação.

Como complemento, os alunos expressaram a falta de preparo dos professores, tanto no sentido pedagógico, quanto no sentido psicológico, o que, segundo eles, redundava em conhecimentos mal ministrados, na inexistência de técnicas didáticas, na carência de princípios de relacionamento e, em alguns casos, sonegação de informações e ocultação de fontes que possam preparar melhor os **competidores**.

Novamente o problema de professores das disciplinas básicas apareceu, foram sugeridos processos de integração através de Pedagogia Médica e reformulação do desenho curricular. Foi discutido o tutoramento e criticada acirradamente a falta de pontualidade, assiduidade e interesse de alguns dos docentes.

Por último, foi enfatizada a integração que deveria ser feita entre os conteúdos das diferentes disciplinas, bem como a permanente atualização de professores, conteúdos e práticas médicas.

Gostaríamos de acrescentar que nos pareceu haver mais profundidade no complemento desta parte do questionário, por parte dos acadêmicos do sexto ano.

TABELA B3 - Médias das Opiniões sobre um melhor professor do curso de graduação (alunos do sexto ano)

QUESTÃO	6º UFRGS	6º PUCRS	6º FFCMPA	TOTAL
Q19	4,000	4,000	4,205	4,079
Q20 Sobre um melhor	1,579	1,792	1,615	1,644
Q21 professor do	3,316	3,042	3,026	3,139
Q22 Curso de Gra-	3,868	4,125	3,897	3,941
Q23 duação	1,605	1,252	1,692	1,554

n=101

Na questão 19, as médias foram elevadas e coincidiram bastante entre si e com as dos alunos do terceiro ano (frequências: 48-CT, 35-CP, 3-SO, 8-DP, 7-DT), novamente a grande maioria se inclina a ver o melhor professor como aquele que tem uma amplitude de conhecimentos humanísticos diversificada e mais sólida.

Na questão 20, as médias foram baixas e bastante próximas (frequências: 2-CT, 8-CP, 33-DP, 58-DT), havendo semelhança com as opiniões dos alunos do terceiro em dois dos grupos e há coerência com a questão anterior, não desejando um professor limitado.

Na questão 21, as médias também são semelhantes, inclusive com as do terceiro ano que são discretamente mais elevadas, no entanto há dispersão nas alternativas, como também ocorreu no terceiro ano (frequências: 23-CT, 29-CP, 4-SO, 29-DP, 16-DT). Isto se explicaria, já que a afirmativa propõe um dilema, no qual os alunos nem sempre evidenciaram certeza nas respostas, sendo difícil saber até que ponto é importante o manejo de recursos pedagógicos dissociado de um conhecimento profundo da matéria.

Na questão 22, as médias se elevaram, são semelhantes entre si e às do terceiro ano (frequências: 45-CT, 32-CP, 8-SO, 9-DP, 11-DT), o que significa que os alunos estão de acordo e valorizam os estudos interáreas. Parece-nos válido comentar aqui que o que foi expresso para os alunos do terceiro faz sentido para os do sexto.

Na questão 23, as médias foram bastantes baixas, semelhantes às do terceiro ano (frequências: 4-CT, 4-CP, 1-SO, 26-DP, 66-DT), o que demonstra uma discordância com o enunciado, evidenciando que o relacionamento interpessoal é muito valorizado.

Na complementação das questões podemos dizer que os alunos foram muito próximos aos do terceiro ano. Apresentaram estas dez características que consideraram mais pertinentes: carismático, honesto, vinculado à realidade, responsável, versátil, justo, bom senso, competente, coerente e acessível.

De certa forma, os adjetivos emitidos, entre os vários outros, foram bastante coerentes com as opiniões expressadas pelos alunos do sexto ano nos questionários. Coincidiram bastante, como pudemos perceber, com o que os alunos do terceiro ano manifestaram. Entretanto algumas diferenças se evidenciaram, talvez pelo nível de avanço acadêmico dos alunos. Assim apareceu versátil como muito importante, ao lado de bom senso, o que nos leva a crer que há uma valorização ante novas situações profissionais e pessoais.

Quanto às três sugestões propostas, salientaram as seguintes:

Em primeiro lugar a seleção de docentes por meio de

concursos idôneos, onde estejam presentes não apenas médicos mas também educadores. Em segundo lugar, um melhor preparo das disciplinas e integração das atividades curriculares, com a participação crítica dos alunos, com avaliação sistemática institucional. Em terceiro lugar, um aprimoramento no preparo do professor através de cursos de especialização ou mestrados ou doutoramento, que incidam sobre o seu desempenho profissional e pedagógico.

Neste caso, os alunos do sexto ano revelaram uma grande preocupação por melhores níveis de preparo dos docentes, bem como o processo de seleção dos mesmos e a efetiva participação deles no curso de Medicina. Estes dados nos pareceram relevantes, visto que não se consideram os estudantes menos usufruidores, mas pareceram desejar ter sua parcela de atuação através do conhecimento curricular e da avaliação sistemática, de preferência institucional.

Aproveitamos este momento para dizer o como são importantes estas contribuições, já que, hoje em educação formal, se sabe que qualquer progresso efetivo passa não apenas por uma análise curricular mas precisamente pela vivência das próprias atividades propiciadas pela dinâmica do currículo. É oportuno frisar ainda que uma melhor avaliação é a denominada avaliação de programas.

TABELA B4 - Médias das Opiniões sobre um melhor médico  
(alunos do sexto ano)

QUESTÕES	6º UFRGS	6º PUCRS	6º FFFCMPA	TOTAL
Q24	4,079	4,208	4,333	4,208
Q25 Sobre um	2,026	2,042	1,949	2,000
Q26 melhor	3,947	4,042	3,821	3,921
Q27 médico	2,079	2,542	2,256	2,257
Q28	1,263	1,000	1,179	1,168

n=101

Na questão 24, as médias foram bem elevadas, com uma certa coincidência com as do terceiro ano (frequências: 52-CT, 32-CP, 6-SO, 8-DP, 3-DT), o que demonstra que os alunos consideram fundamental que o melhor médico deva possuir uma formação mais completa e uma visão humanística aberta e ampla.

Na questão 25, as médias baixaram, estão próximas e coincidentes com as do terceiro, discretamente mais elevadas (frequências: 5-CT, 18-CP, 27-DP, 57-DT), significando que há discordância com a afirmativa, isto é, que o médico não pode ficar restrito somente a seu curso de graduação.

Na questão 26, as médias são mais elevadas, próximas e semelhantes às do terceiro como (discretamente mais elevadas), (frequências: 24-CT, 63-CP, 10-DP, 4-DT), o que evidencia a necessidade de um melhor preparo para ser um melhor médico.

Na questão 27, as médias são discretamente menores que as do terceiro ano mas coincidentes entre si (frequências: 9-CT, 18-CP, 2-SO, 33-DP, 39-DT), demonstrando uma vez mais que as opiniões dos alunos do sexto ano se inclinam para um médico com um maior nível de perspectivas, visão de mundo e

atuação ampla.

Na questão 28, as médias foram muito baixas e razoavelmente coincidentes, inclusive com às do terceiro ano (frequências: 1-CT, 2-SO, 9-DP, 89-DT), dando a entender, uma vez mais, que as relações interpessoais têm, na nossa cultura, uma importância fundamental.

Na complementação das questões os alunos do sexto ano se mostraram extremamente interessados na formação de melhores médicos e consideraram que esta é uma tarefa urgente e muito necessária. Também manifestaram a necessidade de reformulações sociais para poder propiciar condições para revisões profissionais e alguns salientaram a importância da contextualização sócio-político-cultural para a formação de médicos engajados em projetos sociais.

As dez características que mais apontaram foram: inventivo, lógico, honesto, realista, competente, ético, líder, seguro, auto-crítico e amigo. Como podemos observar, estes adjetivos são bem coerentes com as opiniões emitidas pelos alunos no questionário. De certa forma, coincidem com os do terceiro ano, evidenciando, entretanto, algumas aparentes diferenças, se sobressaindo, por exemplo, o inventivo, o lógico, o líder e o ético, talvez estes termos estejam muito mais de acordo no nível de preparo em que os alunos se concentram e a necessidade que eles têm de ver o melhor médico com estas características em efetivo funcionamento. Como já tínhamos dito, é muito possível que os adjetivos expressos configurem um ideal de identidade pessoal e profissional.

As três sugestões mais apresentadas são as seguintes:

Em primeiro lugar a valorização da Medicina como profissão, através de esclarecimentos à comunidade, em segundo lugar uma melhoria na formação acadêmica, através de uma melhor integração entre áreas, currículos mais flexíveis, com valorização dos estudos teóricos com as práticas. Em terceiro lugar, melhores exemplos éticos de profissionais médicos, partindo dos próprios docentes como modelos.

As manifestações dos alunos deixam bem claro o seu nível de exigência e a dimensão crítica que estão já vivendo. Pela leitura das sugestões pudemos perceber uma preocupação bem ampla ante o estatuto filosófico e prático da Medicina. É evidente que isto traz uma nova dimensão à própria formação do médico, pois, no momento atual, devido a múltiplas circunstâncias sociais, a Medicina defronta problemas de identidade e de prestígio e isto faz com que exista uma preocupação muito séria sobre o papel social do médico e as incumbências morais da Medicina.

Por outro lado, é muito importante a manifestação dos alunos no sentido de terem melhores modelos, já que isto os ajudaria mais, na crise de identidade e valores que vivemos no momento atual. Gostaríamos de acrescentar que estas sugestões nos levaram a meditar sobre como é profunda a formação de um médico, que não reside simplesmente em determinados conteúdos ou práticas, mas que está unida a valores e a propostas epistemológicas sobre o ser humano, sua existência e significado de vida.

TABELA B5 - Médias das Opiniões sobre a Responsabilidade Social (alunos do sexto ano)

QUESTÕES	6º UFRGS	6º PUCRS	6º FFFCMPA	TOTAL
Q29	3,974	4,000	4,051	4,010
Q30 Sobre a	2,474	2,625	2,538	2,535
Q31 Responsabi-	1,237	1,000	1,487	1,277
Q32 lidade Social	1,632	1,417	1,795	1,644
Q33	2,000	2,333	2,282	2,188
Q34	1,711	1,375	1,795	1,663

n=101

Na questão 29, as médias são muito próximas, parecidas com as do terceiro ano (frequências: 38-CT, 45-CP, 6-SO, 5-DP, 7-DT). Se verifica que as opiniões dos alunos de sexto ano se concentraram na concordância sobre a afirmativa, vendo o médico como alguém consciente, que deve utilizar o seu bom senso para desempenhos eficientes e coerentes com sua responsabilidade social.

Na questão 30, as médias se apresentaram próximas, tanto entre os três grupos quanto em referência ao terceiro ano (frequências: 7-CT, 30-CP, 2-SO, 33-DP, 29-DT), discordando da afirmativa de que as doenças endêmicas sejam problema que deva ser resolvido só pelo governo.

Na questão 31, as médias são bastante baixas, com variações pequenas e de certa forma, próximas às do terceiro ano (frequências: 2-CT, 5-CP, 5-DP, 89-DT), também os sexto-anistas pensam que os Cuidados Primários em Saúde são prioritários em nosso país.

Na questão 32, as médias tiveram um pequeno aumento mas permaneceram baixas, semelhantes às do terceiro ano (frequências: 5-CT, 7-CP, 2-SO, 20-DP, 67-DT). Isto leva a crer que



o melhor local para o atendimento dos problemas de saúde não é necessariamente o hospital, talvez pelo conhecimento que estes alunos parecem possuir e suas vivências no estágio (que geralmente é a nível de hospital).

Na questão 33, as médias subiram ligeiramente, entretanto não há grandes diferenças entre si e com as do terceiro (frequências: 12-CT, 12-CP, 6-SO, 24-DP, 47-DT), verificando-se que não concordam sobre alterações da produtividade do atendimento no serviço público comparadas com o particular.

Na questão 34, as médias novamente caíram, são próximas mas inferiores às do terceiro ano (frequências: 2-CT, 2-CP, 5-SO, 22-DP, 63-DT), notando-se que a idéia de ir ao interior para fazer dinheiro e retornar não é bem aceita pelos formandos.

Na complementação se destacou uma viva preocupação pelos valores de responsabilidade que deve ter o médico, o papel decisório que muitas vezes ele deve assumir. Houve críticas bastante sérias ao que se faz (ou deixa de fazer) com as doenças endêmicas, em muitos casos o seu escasso estudo e profilaxia. Também manifestaram grande interesse sobre a Atenção Primária em Saúde, se inclinando, alguns, para a Medicina Social e Comunitária. Foram feitas algumas críticas sobre a atuação da Medicina Institucionalizada e se comparou os serviços oferecidos para a população com o trabalho levado a efeito pelos serviços particulares. Há consciência, também, de uma necessidade de os médicos serem sensíveis a saber exercer-se em qualquer tipo de local de trabalho, em qualquer parte do país e com qualquer clientela.

TABELA B6 - Médias das Opiniões sobre desempenho médico  
(alunos de sexto ano)

QUESTÃO	6º UFRGS	6º PUCRS	6º FFFCMPA	TOTAL
Q35	3,263	3,333	3,308	3,297
Q36	4,237	4,833	4,487	4,475
Q37	2,500	2,750	2,846	2,693
Q38	3,000	3,042	2,615	2,861
Q39	3,105	3,458	2,795	3,069
Q40	4,368	4,625	4,513	4,485

n=101

Na questão 35, as médias são próximas (frequências: 10-CT, 48-CP, 10-SO, 28-DP, 5-DT). A análise revela que o conhecimento do Código de Ética é ainda algo que está sendo incorporado e os estudantes parecem reconhecer a sua dificuldade em detectar as nuances que a prática exige ante a delicada problemática doença-saúde. Houve diferença nas médias e distribuição em relação ao terceiro ano.

Na questão 36, as médias foram bem elevadas, como havia acontecido no terceiro ano (frequências: 70-CT, 22-CP, 2-SO, 1-DP, 6-DT), demonstrando que o espírito de equipe e consulta a outros colegas prossegue nesta fase da formação.

Na questão 37, as médias são semelhantes entre si, com alguma diferença com o terceiro (frequências: 13-CT, 25-CP, 6-SO, 32-DP, 25-DT), levando a crer que pessoas diferenciadas deveriam ser atendidas em locais diferenciados.

Na questão 38, as médias são parecidas (frequências: 6-CT, 43-CP, 5-SO, 25-DP, 22-DT), demonstrando uma distribuição pelas opções, dando a entender que há uma metade de alunos que acha que a boa apresentação do médico é importante pa-

ra o seu melhor desempenho profissional e a outra metade que acha que não é importante. Ficou patente aqui uma diferença para com as opiniões do terceiro ano, onde havia uma predominância com a resposta concordo plenamente e agora foi mais freqüente a concordo em parte, além de terem aumentado as discordantes, percentualmente.

Na questão 39, as médias foram semelhantes, tendo baixado um pouco em relação ao terceiro ano (freqüências: 31-CT, 20-CP, 4-SO, 17-DP, 29-DT), entretanto se nota distribuição entre as alternativas opostas de modo parecido (ocorreu uma grande queda percentual da opção concordo plenamente em relação às freqüências do terceiro ano), o que leva a crer que as opiniões estão divididas em relação ao tipo de atendimento que deve de ser prestado às pessoas nas suas diferentes classes sociais.

Na questão 40, as médias são elevadas e próximas, maiores que as do terceiro ano (freqüências: 64-CT, 31-CP, 1-SO, 1-DP, 4-DT), demonstrando que há urgência e necessidade de possuir maior conhecimento e isto parece ficar patente na medida em que os alunos estão imersos na sua realidade e com uma profissão, sem possuírem suficientes conhecimentos e estarem atualizados em um mundo com mudanças tão rápidas. O que nos parece é que a afirmativa propicia uma projeção do que ocorre com eles, neste sexto ano.

Na complementação das questões, se notou as preocupações seguintes: a exigência e necessidade de conhecer melhor o Código de Ética, bem como estabelecer princípios entre o comportamento médico e as necessidades sociais. Isto foi bastante enfatizado devido a que os alunos manifestaram que vivem

em uma sociedade com profundas divergências éticas e sociais. (Alertamos para o fato de que o Código de Ética mudou em 1988).

Foi bastante criticada a idéia do atendimento **adequado** de acordo com a classe social porque, para alguns dos alunos, isto significou discriminação, o que evidentemente seria, no trabalho médico, intolerável.

Outra manifestação importante foi a necessidade de atualização, neste sentido houve reclamação sobre biblioteca, acesso a recursos mais atuais, inclusive os pedagógicos. Saliaram a dificuldade de se atualizar, especialmente quando não se possui meios para tal ou a faculdade não têm isto como prioridade maior.

Finalmente gostaríamos de destacar que o médico está sendo enxergado, em algumas opiniões, como alguém que tem um importante papel social.

TABELA B7 - Médias das Opiniões sobre Personalidade Adulta  
(alunos do sexto ano)

QUESTÃO	6º UFRGS	6º PUCRS	6º FFFCMPA	TOTAL
Q41	3,947	3,917	4,000	3,960
Q42 Sobre a	4,711	4,917	4,718	4,762
Q43 Personalidade	4,605	4,708	4,385	4,545
Q44 Adulta	4,132	4,083	4,385	4,218
Q45	4,605	4,583	4,692	4,634
Q46	4,026	3.833	3,821	3,901

n=101

Na questão 41, as médias foram muito próximas, tiveram bastante semelhança com as do terceiro ano (frequências: 33-CT, 52-CP, 11-DP, 5-DT), o que significa que houve uma concordância (muito mais em parte) sobre o desenvolvimento da per-

sonalidade através das experiências vividas para resolver os problemas da existência.

Na questão 42, as médias foram bem altas e próximas, maiores que ser do terceiro ano (frequências: 85-CT, 12-CP, 2-SO, 2-DT), se repetindo aqui o fenômeno de os alunos considerarem este momento de sua vida como muito importante e provavelmente de muita significação pessoal e social, bem provavelmente por já estarem se formando.

Na questão 43, as médias foram também bem elevadas, próximas e maiores que do terceiro ano (frequências: 73-CT, 19-CP, 2-SO, 5-DP, 2-DT). A maioria concordou plenamente com a idéia de que têm tido oportunidade de crescer como pessoas. Isto é bastante importante se considerarmos que os estudantes do sexto já são praticamente profissionais e, ao que tudo indica, o trabalho e a profissão adquirir um forte significado para si mesmos.

Na questão 44, as médias também foram elevadas, porém em dois grupos um pouco inferiores às da questão anterior, houve semelhanças de dois grupos com as médias obtidas no terceiro ano (frequências: 52-CT, 34-CP, 2-SO, 11-DP, 2-DT). Com isto podemos dizer que as pessoas evidenciam, em geral, preocupação com o que acontece no país (cabe novamente lembrar que os dados foram coletados entre junho e outubro de 1988).

Na questão 45, as médias foram bastante elevadas e semelhantes (frequências: 81-CT, 12-CP, 1-SO, 5-DP, 2-DT), o que nos leva a crer que as pessoas estão muito preocupadas em realizar muitas coisas nestes momentos de sua vida, o que concorda com a literatura sobre Vida Adulta, a qual afirma ser a A-

Cumpramos chamar a atenção que os alunos de sexto ano foram mais homogêneos em suas opiniões, já no terceiro verificou-se um grupo com média menor que os seus pares.

Na questão 46, as médias foram menos elevadas que na questão anterior, tendo semelhança entre si, o que não havia ocorrido no terceiro ano (frequências: 26-CT, 58-CP, 1-SO, 13-DP, 3-DT), demonstrando que os alunos estão esperançosos e acreditando ser possível viabilizar os planos que elaboraram para o futuro, lembremos que estão se formando.

No complemento das questões, podemos destacar que houve afirmativas bastante interessantes, onde as pessoas evidenciam poder realizar parte de seus sonhos, ilusões e esperanças. Nota-se o desejo de contribuir como profissionais e pessoas para uma sociedade que apresenta graves problemas de desenvolvimento e na qual a saúde é prioritária.

Apareceram algumas críticas ao tipo de sistema econômico no qual estamos vivendo, por acreditarem que ele é o responsável por muitos dos descalabros em termos de justiça social, oportunidades de realização e crescimento cultural (dados de junho a outubro de 1988).

A seguir passamos a analisar os dados propiciados pelas respostas dadas na Ficha Informativa, em primeiro lugar dos alunos do terceiro ano e, após, os do sexto ano. Nos preocupamos também em deixar claro as relações significativas, numericamente colocadas, que cada grupo propiciou. A análise que a seguir faremos tem como objetivo principal ver o possível perfil de cada grupo e, a partir daí, sentir a coerência ou não com as opiniões que já analisamos. Chamamos a atenção que,

namos opiniões se refere à soma das respostas que os estudantes deram às questões do questionário (usamos como convenção **V**, que significa variável).

V3 - idade: os alunos do terceiro ano se caracterizaram por se situar na faixa 1: entre os 18 e 29 anos de idade (181) e apenas um na faixa 2: entre 30 e 39 anos de idade. De qualquer forma estão todos situados na Adultez Jovem.

V4 - sexo: o grupo do terceiro ano se caracterizou por ter 89 estudantes do sexo feminino e 93 do sexo masculino. Como podemos observar, há uma tendência equilibradora entre os sexos, nota-se a grande participação da mulher na Medicina, o que não era tão comum em épocas anteriores (evidenciado nos próximos grupos).

V5 - estado civil: houve uma grande predominância de solteiros (171) sobre casados (11), o que nos evidencia que as pessoas estão muito envolvidas com a profissão e, ao que parece, os mais jovens não constituíram ainda uma família. Não se detectaram outros tipos de estado civil.

V6 - número de filhos: a grande maioria dos estudantes não tinha filhos (175); quatro casais têm 1 filho e três têm dois filhos.

V7 - local de nascimento: notamos que 108 estudantes nasceram em Porto Alegre, 63 no interior do estado, 5 em outros estados e 6 no exterior.

V8 - local de residência: 167 residiam em Porto Alegre, 14 na Grande Porto Alegre e 1 em município do interior (próximo, entretanto, de Porto Alegre).

V9 - anos de residência: houve bastante variação nas respostas, detectando-se entretanto dois picos, um que indica que residiam em Porto Alegre há menos de 3 anos (porque provavelmente se mudaram desde o início do curso) e outro entre os 19 a 21 anos, que corresponde ao pico de idade quando ingressou no curso.

V10 e V11 - profissão do pai e da mãe: chamamos a atenção que optamos, a partir das respostas fornecidas nos itens profissão do pai e da mãe e procedência educacional do pai e da mãe, em elaborar quatro categorias numeradas e assim distribuídas:

- 1 - todas aquelas pessoas com nível superior
- 2 - todas aquelas pessoas com nível médio, altamente profissionalizado e especializado
- 3 - todas aquelas pessoas com nível médio não tão altamente especializado
- 4 - todas aquelas pessoas com nível elementar de estudos.

Os pais dos estudantes do terceiro ano apresentaram a seguinte proporção: 1-70; 2-73; 3-32; 4-7 e as mães a seguinte: 1-62; 2-13; 3-20 e 4-87. Estes dados parecem indicar que a situação dos pais se localiza nas categorias 1 e 2, que parecem revelar uma situação sócio-econômica mais aquinhoadada e estável. Já no caso da mãe, o grande número localizado em donas de casa indica uma percentagem muito significativa de se localizar em uma situação mais favorável, já que formalmente não trabalham fora do lar (é interessante observar o número de mães com curso superior, em comparação com os próximos grupos).

V12 - situação sócio-econômica (das pessoas, isto é,



dos estudantes, por eles mesmos), indicou por categorias: 1 (0 a 2 SM)-126; 2(2 a 5 SM)-41; 3(5 a 10 SM)-11; 4(10 a 30)-3 e 5(mais de 30)-1. Gostaríamos de esclarecer que, ao solicitar este dado, tínhamos em mente não a detecção de situação sócio-econômica à qual pertence o estudante, mas com que recursos eles parecem contar, na medida em que estão se formando. Por outro lado, sabemos que a maior parte dos pais ajuda os seus filhos quando estão estudando (nesta época especialmente através das **mesadas**).

V13 - situação profissional do estudante - cabe esclarecer que nestes dados há duas opções; só estuda; estuda e trabalha. Obtivemos que 157 só estudam e 57 estudam e trabalham. Se detecta aqui que a maioria se dedica integralmente ao curso (provavelmente os casados devem estar trabalhando e alguns colocaram trabalho na própria faculdade, em serviços como patologia, análises).

V14 - quantos empregos: dos poucos que trabalham, a maioria tem só um emprego.

V15 - local de moradia: 35 moravam sós; 124 moravam com os pais; 8 moravam com parentes; 11 moravam com a família (são os casados) e 4 moram com amigos ou colegas.

V16 - grau de instrução do pai: 94 - IIIº grau, 51 - IIº grau e 37 - Iº grau.

Aqui se comprova uma predominância das categorias IIº e IIIº grau, o que coincide com as categorias 1 a 2 nas profissões dos pais.

V17 - grau de instrução da mãe: 74 - IIIº grau, 56 -

destes estudantes possuíam um preparo escolar formal acima da média (há diferença com os dados da V11 no item IIIº grau e mães com nível superior, provavelmente por não terem sido bem precisos na profissão da mãe).

V18 - onde cursou o Iº grau: aqui há quatro categorias - em Porto Alegre (1), no interior do estado (2), em outros estados (3), no exterior (4). A distribuição foi a seguinte 1-108; 2-65; 3-7 e 4-2. Se demonstra uma predominância de terem cursado o Iº grau em Porto Alegre.

V19 - cursou Iº grau em escola pública ou escola particular: pública - 71 e privada - 111.

Aqui é importante salientar que há certa predominância de estudantes que realizaram seus estudos em instituições particulares (o mesmo não ocorre nos próximos grupos).

V20 - cursou IIº grau (mesmas categorias de V18): 1-116; 2-61; 3-3 e 4-2, demonstrando que houve uma maior incidência dos estudantes que realizaram os estudos de IIº grau em Porto Alegre, tendo talvez se deslocado propositalmente do interior e de outro estado para tal efeito.

V21 - cursou IIº em escola pública ou da escola particular: pública - 54 e privada - 128, evidenciado que houve uma transferência de alguns estudantes da escola de Iº grau pública para a de IIº grau privada. É evidente que seria interessante saber as razões de tal transferência, mesmo porque a discussão entre os tipos de educação formal propiciados no nosso país é bastante importante, especialmente se levamos em conta a polêmica sobre a qualidade de ensino (saliente-se que o mesmo não ocorre nos próximos grupos e perguntamos: como an-

da nosso ensino público ultimamente?).

Após termos traçado esta panorâmica, na qual constatamos que a maioria dos alunos parece ter uma procedência educacional, social e econômica acima da média, bem como a maioria parece estar sendo apoiada pelos pais em termos de sustentação econômica, podemos dizer que o grupo apresenta características muito próximas, o que, de certa forma, o identifica e lhe dá uma base de conhecimento semelhante. Isto também pode ser comprovado pela sua procedência educacional.

Cabe agora fazer referência àquelas correlações que foram mais significativas, numericamente falando, entre os dados informativos e a soma dos resultados das questões do questionário, o que não quer dizer que a linha geral expressa através das médias tenha sofrido alterações (o método de correlação foi o de Pearson).

Na V7 - local de nascimento, há uma correlação significativa positiva, o que parece indicar que, conforme o local de nascimento, os estudantes expressam respostas semelhantes no questionário. Também encontramos correlações significativas positivas na V18 (local do curso de Iº grau), V19 (se pública ou privada), V20 (local do curso de IIº grau) e V21 (se pública ou privada), o que indica que, conforme o local onde cursaram o Iº e o IIº grau, as respostas dos estudantes foram semelhantes.

Houve também uma correlação na V22 (faculdade que cursa) o que pode indicar que os alunos do terceiro ano de determinada faculdade têm respostas bem semelhantes entre si, o que podemos associar àquelas médias obtidas nas próprias questões do questionário já analisadas antes

Passamos, a seguir, a analisar os dados propiciados pelas respostas às Fichas Informativas que os alunos do sexto ano preencheram.

V3 - idade: os alunos do sexto ano se caracterizaram por situar-se entre os 18 e 29 anos de idade (97), havendo um aluno entre os 30 e 39 anos e três entre os 40 e 65 anos de idade, sendo que aqueles alunos são Adultos Jovens e estes três são Adultos Médios.

V4 - sexo: o grupo de alunos do sexto ano teve 49 estudantes do sexo feminino e 52 do sexo masculino, demonstrando também um equilíbrio com grande participação da mulher (o que não acontece nos próximos grupos).

V5 - estado civil: houve grande predominância também de solteiros (86), sobre os casados (15), sem aparecer outro tipo de estado, o que também parece demonstrar que há uma tendência ao envolvimento com profissão, antes de constituição de família.

V6 - número de filhos: a grande maioria não tem filhos (93), 6 têm um filho e dois têm dois filhos, o que mostra que, mesmo alguns dos casados parecem ainda não ter filhos.

V7 - local de nascimento: 70 nasceram em Porto Alegre, 25 no interior do estado, quatro em outro estado e 2 no exterior.

V8 - local de residência: 99 estudantes residem em Porto Alegre e 2 na Grande Porto Alegre, o que demonstra que cada vez mais, em relação dos alunos do terceiro ano, há a tendência a morar perto da faculdade.

V9 - anos de residência: também, a exemplo dos terceiro-anistas, há uma diluição desta variável, apenas aparecendo um pico entre os 22 e 24 anos, que parece ser justamente o tempo de residência correspondente àqueles estudantes que nasceram e cresceram nesta cidade.

V10 e V11 - profissão do pai e da mãe: os pais dos sexto-anistas têm as seguintes proporções nas categorias: 1-42; 2-40; 3-17 e 4-2 e as mães com 1-42; 2-1; 3-11 e 4-47, demonstrando uma distribuição bastante próxima às daqueles do terceiro ano, isto é, pais em uma situação sócio-econômica, ao que parece, mais aquinhoadas e bastantes mães que se dedicam apenas à tarefas do lar.

V12 - situação sócio-econômica dos estudantes: 1(0 a 2 - SM)-68; 2(2 a 5 - SM)-18; 3(5 a 10-SM)-12; 4(10 a 30-SM)-2 e 5(+ de 30-SM)-1, dando a entender, mais uma vez, que a maioria dos alunos recebe auxílio de seus pais ainda nesta etapa da faculdade. Cabe lembrar que, neste sexto ano, há os períodos de estágio, que tomam muito tempo dos alunos, pois são realizadas inúmeras atividades, inclusive sob a forma de plantões.

V13 - situação profissional do estudante: 80 só estudam e 21 estudam e trabalham, o que vem a consubstanciar os dados obtidos na V12, com uma elevada dedicação integral ao curso.

V14 - quantos empregos: dos que trabalham, a maioria (17) o fazem em apenas um emprego, confirmando a V13.

V15 - local de moradia: 18 moram sós, 65 com os pais, três com parentes e 15 com a família, também demonstrando uma

elevada percentagem de alunos que ainda mora em casa e que parece ser sustentada ainda pelos pais integralmente.

V16 - grau de instrução do pai: 25 têm o Iº grau, 23 o IIº grau e 53 o IIIº grau, demonstrando, à semelhança dos terceiro-anistas, uma coincidência com os dados da V10, sobre as profissões (apesar da pequena diferença entre a profissão e o nível de terceiro grau).

V17 - grau de instrução da mãe: 33 têm o Iº, 20 o IIº e 48 o IIIº grau, também coincidindo com os dados da profissão da mãe (V18), bem como àqueles dados dos alunos do terceiro ano, em que muitas das mães têm o terceiro grau, entretanto parecem se dedicar às tarefas do lar.

V18 - onde cursou o Iº grau: 71 em Porto Alegre, 24 no interior do estado, 5 em outro estado e um no exterior.

V19 - Cursou o Iº grau em escola pública ou escola particular: 49 em escola pública e 52 em escola particular.

V20 - onde cursou o IIº grau: 83 em Porto Alegre, 16 no interior do estado e 2 em outro estado, o que também demonstra que talvez tivesse havido um deslocamento intencional para a realização dos estudos em Porto Alegre.

V21 - cursou o IIº grau em escola pública ou particular: 36 em pública e 65 em particular, dando a entender, como já havia ocorrido com os alunos do terceiro ano, que houve transferência da escola pública para a particular no período de estudos de IIº grau (caberia tentar descobrir porque ocorreu isto).

Após traçada esta panorâmica sobre os alunos do sexto

ano, faremos também menção às correlações que foram significativas na análise da soma das respostas às questões do questionário, correlacionada com os dados da Ficha Informativa.

Na V3 - idade, houve correlação significativa positiva, o que parece indicar que a média das respostas emitidas apresenta-se semelhante dentro das respectivas categorias de idade.

Na V10 - profissão do pai, houve uma correlação significativa negativa, o que está a colocar uma relação inversa: quanto mais elevada a profissão do pai, menor média numérica o estudante apresenta, o que parece indicar mais alto nível crítico ou capacidade discriminatória ao responder às questões.

Na V11 - profissão da mãe, houve uma correlação significativa (positiva), demonstrando que a média das respostas parece acompanhar o nível de profissão da mãe, de certa forma.

Na V12 - situação sócio-econômica, outra vez aparece uma correlação significativa negativa, talvez com a mesma explicação da V10, isto é, os alunos que ainda não se sustentam por si apresentam uma média mais baixa na soma das questões, talvez pelo seu alto nível de crítica ou capacidade descriminatória.

Na V17 - grau de instrução da mãe, aparece uma correlação significativa negativa, indicando, como nas variáveis 10 e 12, um provável alto nível de crítica dos alunos porque a relação aparece inversa.

cular, houve uma correlação significativa negativa, o que mostra que estes alunos que cursaram em determinado local tiveram índices inversos ao que cursaram em outro local, novamente talvez pelo nível de crítica ou discriminação nas questões.

Na V22 - faculdade que cursa, houve uma correlação significativa, à semelhança dos alunos do terceiro ano, provavelmente indicando que há semelhanças nas médias dos alunos que cursam determinada faculdade, o que pode revelar uma identificação com os locais em que estudam.

O percurso que percorremos, neste capítulo, teve como objetivo fundamental dar resposta às questões de pesquisa, focando principalmente as opiniões dos alunos e a relação das suas características pessoais com estas opiniões. Como pudemos detectar, houve um campo fértil de opiniões que, em grande parte, coincidem e evidenciam a necessidade de renovação da formação do médico, bem como o desejo de ter melhores professores, mais integração de conhecimentos e, como resultado disto, um médico com uma consciência mais social e um campo de ação mais abrangente.

Naturalmente isto nos parecem ser indicadores para **re-pensar** uma Educação Médica mais adequada às nossas problemáticas e necessidades, bem como uma possível revisão daquilo que já está sendo feito e que pode redundar em benefícios renovadores.

Cabe salientar que a amostra de estudantes, na sua constituição, parece ser razoavelmente homogênea e isto desde a sua origem sócio-econômica até a educacional.

As correlações que se evidenciaram são interessantes



e mostram que há diferenças que podem estar sendo explicadas pela origem familiar, bem como as instituições escolares às quais os alunos pertenceram ou estão cursando atualmente.

**CAPÍTULO 10**

**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: RESPOSTAS AOS  
QUESTIONÁRIOS E FICHAS INFORMATIVAS DOS MÉDICOS**

Neste capítulo, analisaremos as opiniões dos alunos de pós-graduação, que são médicos e estudantes ao mesmo tempo e as dos professores (médicos). A sistemática que seguiremos será a mesma utilizada na análise das questões dos alunos do terceiro e sexto ano.

As tabelas que seguem partem também de uma tabela matricial, desdobrada em sete áreas e que, neste caso, vão identificadas com a letra C para os pós-graduandos (PG) e a letra D para os professores (P).

Convém salientar que, no caso dos alunos de PG, foi feita uma análise global, reunindo os estudantes da UFRGS e os da PUCRS, embora, de saída, chamamos a atenção sobre diferenças que se notaram a **olho nu**. As médias discriminadoras poderão ser observadas na tabela correspondente matricial nas tabelas C e D (anexos 16 e 17).

Também seria importante esclarecer que a inclusão dos alunos de pós-graduação se deveu a considerá-los pela sua dupla condição de estudantes e médicos, o que, de certa forma, pensamos, ajuda a entender um pouco mais a problemática de Educação Médica. Alia-se a isto o termos tido alunos de PG procedentes de países latino-americanos e da Europa (Espanha), o que nos tem propiciado uma visão, embora reduzida, de que a formação do médico, tal como está sendo levada a efeito, não é um problema só de Porto Alegre, do Rio Grande do Sul ou do Brasil, mas que abrange realidades mais complexas em uma dinâmica internacional. Evidentemente este não é o foco da tese mas cremos que, de algum modo, pode servir como um alerta para não cometermos o equívoco de pensar que o problema é só limitado à nossa realidade.

Feitas estas esclarecimentos, passamos de imediato a realizar e análise das questões.

TABELA C1: Médias das Opiniões sobre seu curso de graduação (PG)

QUESTÃO	PG UFRGS	PG PUCRS	TOTAL
Q1	4,143	4,732	4,461
Q2	4,514	4,878	4,711
Q3 Sobre seu	3,171	2,488	2,803
Q4 curso de	2,886	3,049	2,974
Q5 graduação	2,829	3,366	3,118
Q6	3,400	3,341	3,368
Q7	2,229	2,341	2,289
Q8	1,629	2,098	1,882
Q9	3,600	3,293	3,434
	n=35	n=41	n=76

Na questão 1, as médias foram elevadas, tendo os alunos da PUCRS evidenciado uma média maior (frequência: CT-48; CP-23; DP-1 e DT-4). Isto quer dizer que a predominância foi na concordância, o que evidencia o desejo de cursar medicina e que coincide com o que foi revelado no terceiro e sexto ano.

Na questão 2, as médias também foram elevadas e semelhantes (frequência: CT-60; CP-12, 2-SO e 2-DP), o que demonstra que, igual que no terceiro e sexto ano, a família, parentes e amigos deram apoio naqueles momentos.

Na questão 3, as médias foram menos elevadas, havendo diferença entre os alunos do PG UFRGS e PG PUCRS (frequência: CT-13; CP-21; SO-4; DP-14 e DT-24), indicando uma dispersão nas respostas, o que, de certa forma, coincide com as opiniões dos alunos do terceiro e sexto anos. As influências sobre a escolha do curso, conseqüentemente, estão bastante distribuí-

das, desde aquelas que foram intensas até não admitir nenhuma influência. Nestes momentos cabe chamar a atenção sobre a necessidade de aprofundar neste tema, já que ele se apresenta como mais problemático e digno de estudo.

Na questão 4 as médias foram mais elevadas, havendo certa diferença entre os dois grupos (frequência: CT-6; CP-35; SO-3; DP-15 e DT-17), havendo dispersão nas alternativas, embora tendendo à discordância, coincidindo com aqueles de terceiro e sexto ano. Deve-se frisar aqui a necessidade de melhor informar os alunos, desde o princípio, do que seja o currículo médico, o porque da seqüência e sua necessidade de melhor conhecê-lo.

Na questão 5, as médias permaneceram discretamente elevadas, apontando uma média maior na PUCRS (frequência: CT-16; CP-26; DP-19 e DT-15), novamente com uma dispersão de opiniões, como ocorrera no terceiro e sexto ano, o que mostra que o nível de motivação, como já havíamos dito, sofre alterações no transcorrer do desenvolvimento das atividades do curso. Cabe esclarecer que isto é normal em qualquer atividade humana mas que, de qualquer modo, mereceria um estudo mais sério, se levarmos em conta que os níveis de motivação têm uma relação íntima com os melhores desempenhos e a continuidade da atividade humana.

Neste sentido chamaríamos a atenção sobre a contribuição de González Serra (1984), autor cubano que apresenta uma interessante investigação sobre os níveis de motivação e atividade externa em estudantes universitários e que evidenciou existir uma forte influência dos elementos sociais sobre os níveis motivacionais expressos, o que incluiria uma importan-

te investigação sobre os fatores ocultos e manifestos da cultura na atividade humana.

Na questão 6, as médias são elevadas discretamente e muito próximas (frequência: 11-CT; 39-CP; 19-DP e 7-DT), predominando a concordância, à semelhança do terceiro e sexto ano, significando que, em uma perspectiva temporal, as pessoas mantêm suas opiniões sobre a significação das disciplinas e sua ligação entre si, o que quer dizer que, de certa forma, a integração curricular deixa a desejar.

Na questão 7, as médias foram mais baixas e semelhantes (frequência: CT-1; CP-18; SO-3; DP-34 e DT-30), tendendo à discordância, como no terceiro e sexto ano, o que quer dizer que o curso não satisfaz plenamente às expectativas e interesses.

Na questão 8, as médias foram bem mais baixas, existindo diferença para menos no PG UFRGS (frequência: CT-2; CP-10; SO-2; DP-25 e DT-37), coincidindo com o terceiro e sexto ano, indicando que as pessoas não fariam as mesmas disciplinas, da mesma forma e na mesma seqüência, revelando, também agora, uma rejeição do que receberam na sua formação. Talvez seja oportuno apontar que a negativa se prenda ao fato de que seja "da mesma forma e na mesma seqüência", o que teria que ser examinado em termos de comportamento pedagógico e sofrer uma análise didática, bem como uma análise epistemológica sobre a ordenação curricular.

Na questão 9, as médias foram razoavelmente elevadas, com ligeira predominância na UFRGS (frequência: CT-18; CP-32; DP-17 e DT-9), igual ao terceiro e sexto ano, revelando que

ciplinas básicas. Isto nos chama a atenção porque, como já tínhamos apontado, parece haver certa incongruência com a quesção anterior e isto talvez mereça uma análise mais aprofundada para conhecer melhor o que é um currículo e qual o seu verdadeiro significado.

Como complementação, os alunos colocaram muitas críticas, que se evidenciaram em manifestações como: "infelizmente o curso de Medicina está preso a bases arcaicas, as quais tendem a ancorar qualquer tentativa de singrar as águas do novo...".

Outras manifestações focalizaram como a motivação vai diminuindo "pela forma vaga, desordenada e desleixada de os professores darem aula", o que traz como conseqüência uma desintegração do conhecimento e uma perda contínua de interesse.

Também foi assinalada a distância entre o teórico e o prático, o que cria problemas em integrar os conhecimentos e torná-los **vivos** no momento da sua aplicação.

Outro comentário crítico é a falta de um preparo sobre modos de estudo e de investigação, por ter o curso, em sua maioria, um nível **reprodutor**, se evita a construção do conhecimento, o que abala a descoberta pela carência de ferramentas (técnicas de estudo, formação em metodologia científica, aprendizagem de habilidades e destrezas e, especialmente, falta de integração entre tudo isto).

Como pudemos perceber, os estudantes de PG foram bastante críticos e revelaram bastante sagacidade, porque é evidente que este problema não é apenas do curso de Medicina, afetando também a quase todos os estudos formais.

TABELA C2 - Médias das Opiniões sobre seus professores do curso de graduação (PG)

QUESTÃO	PG UFRGS	PG PUCRS	TOTAL
Q10	2,543	2,780	2,671
Q11	2,114	2,732	2,447
Q12 Sobre seus	4,029	4,312	4,184
Q13 professores	2,743	2,732	2,737
Q14 do curso	2,714	2,293	2,487
Q15 de graduação	2,029	2,390	2,224
Q16	1,886	2,317	2,118
Q17	2,686	2,244	2,447
Q18	1,743	1,976	1,868
	n=35	n=41	n=76

Na questão 10, as médias permaneceram discretas e aproximadas (frequência: CT-4; CP-26; SO-2; DP-29 e DT-15), tendendo à discordância, o que coincide com as opiniões dos alunos do terceiro e sexto anos. Uma vez mais se detecta o não estarem os professores, na sua maioria, muito bem capacitados para lecionar no curso de Medicina. É importante salientar que estas coincidências são muito significativas e, quer se queira quer não, nos levam a meditar profundamente sobre a necessidade de uma formação mais completa e ampla dos professores da área médica. Parece não ser mais viável que as pessoas façam **magistério por ensaio e erro**, isto, pelo que até agora aferimos, é intolerável.

Na questão 11, as médias também permaneceram discretamente baixas, bem mais baixas na UFRGS (frequência: CT-6; CP-20; SO-2; DP-22 e DT-26), com tendência à discordância, o que já acontecera no terceiro e sexto ano, dando a entender que o relacionamento humano deixa a desejar. Já comentamos o suficientemente isto mas parece-nos importante voltar a reprimir.



já que se revela um valor do qual é difícil fugir. Por isto pensamos que, em uma reformulação da formação do médico, deva existir um melhor preparo nas relações interpessoais.

Na questão 12, as médias foram elevadas e próximas (frequência: CT-40; CP-23; SO-4; DP-5 e DT-4), fazendo notar que os professores são convidados a lecionar por serem bons profissionais, apesar de não possuir a devida formação pedagógica. A mesma opinião já fora expressa por terceiro e sexto anistas.

Na questão 13, as médias declinaram um pouco mas foram bem próximas (frequência: CT-13; CP-17; SO-3; DP-23 e DT-20), tendendo mais à discordância, próximos do terceiro ano, evidenciando críticas à carência do **aparelhamento** didático-pedagógico.

Na questão 14, as médias foram diferentes, menores na PUCRS (frequência: CT-6; CP-18; SO-6; DP-23 e DT-23), tendendo à discordância, à semelhança do terceiro e sexto ano, o que coloca que há diferença entre o desempenho dos docentes das disciplinas básicas de aqueles das disciplinas clínicas e cirúrgicas.

Na questão 15, as médias foram um pouco diferentes, mais baixas (frequência: CT-3; CP-14; SO-3; DP-33 e DT-23), com clara tendência à discordância, como no terceiro e sexto ano, se fazendo notar a carência que os alunos sentem, do auxílio dos professores nas tarefas acadêmicas.

Na questão 16, as médias foram mais baixas, especialmente na UFRGS (frequência: CT-4; CP-9; SO-9; DP-32 e DT-26), claramente discordantes, como no terceiro e sexto ano, eviden

ciando que a maior parte dos professores, ao transmitir as suas informações, parece não ter uma preocupação mais científica em citar fontes e em analisar vários autores.

Na questão 17, as médias foram um pouco mais elevadas, novamente um pouco diferentes, maiores na UFRGS (frequência: CT-3; CP-22; DP-32 e DT-19), também demonstrando uma tendência à discordância, como no terceiro e sexto ano, o que nos leva a notar que muitos docentes não se preocupam com pontualidade, assiduidade e comprometimento com as tarefas propostas.

Na questão 18, as médias foram outra vez baixas e próximas (frequência: CT-2; CP-8; SO-2; DP-30 e DT-34), claramente discordantes, como no terceiro e sexto anos, o que, infelizmente, reforça a opinião de que os docentes não realizam uma integração entre os conteúdos das diferentes disciplinas. É interessante chamar a atenção de que, a rigor, esta carência de integração é um mal que se nota cada vez mais, em todo o ensino em geral, existindo uma **pulverização** do conhecimento, disperso por disciplinas e não tendo uma dinâmica relacional maior entre si.

No complemento nas questões pudemos notar que os alunos do pós-graduação se manifestaram vivamente a respeito de um melhor preparo dos professores em três grandes dimensões: cognitivo (isto é, melhor conhecimento e mais cientificidade); afetivo (melhor relacionamento) e integrativo (melhor modelo, através do desempenho em ação). Consideraram também a necessidade de relação mais rigorosa de docentes, uma educação continuada pertinente, tendo os professores necessidade de estarem em contínuo preparo e atualização. Foi ressaltado também o aspecto de conhecimento da realidade e a obrigação do curso universi-

tário propiciar não apenas seu conhecimento específico mas contextualizá-lo adequadamente, levando em conta as necessidades sociais, políticas e culturais de cada país e região.

TABELA C3 - Médias das Opiniões sobre um melhor professor do curso de graduação (PG)

QUESTÕES	PG UFRGS	PG PUCRS	TOTAL
Q19 Sobre um	4,731	3,951	4,145
Q20 melhor pro-	1,800	1,585	1,684
Q21 fessor do	3,400	3,073	3,224
Q22 curso de	4,200	3,756	3,961
Q23 graduação	2,000	1,488	1,724
	n=35	n=41	n=76

Na questão 19, as médias foram elevadas, diferentes entre si (mais altas na UFRGS, com uma frequência de: (CT-40; CP-22; SO-2; DP-9 e DT-2), claramente concordantes, o que traduz que realmente um professor do curso de Medicina deveria de ser alguém com um amplo preparo humanístico em geral. Esta opinião, como já dissemos, coincidiu em todos os grupos até agora examinados, o que revela que há uma forte preocupação em rever o que é um profissional do magistério na área médica e isto nos parece sumamente significativo.

Na questão 20, as médias foram baixas, discretamente mais elevadas na UFRGS (frequência: CT-1; CP-10; SO-1; DP-16 e DT-48), como no terceiro e sexto ano, o que prova que o médico não pode restringir-se a uma especialização somente na área em que atua.

Na questão 21, as médias se elevaram um pouco, mais na UFRGS (frequência: CT-12; CP-33; DP-22 e DT-9), com uma maior concordância parcial, o que leva a crer que os pós-graduandos

consideraram importante que os professores saibam utilizar os métodos, técnicas e recursos didático-pedagógicos, mesmo que não tenham um conhecimento profundo da matéria. De qualquer modo é oportuno observar que as opiniões do terceiro e sexto ano estavam mais divididas.

Na questão 22, as médias foram mais elevadas, mais na UFRGS (frequências: CT-26; CP-36; SO-4; DP-5 e DT-5), coincidentes com o terceiro e sexto ano, deixando ver que há uma aceitação geral para que os professores realizem cursos de especialização, mestrado e doutorado também na área da Educação.

Na questão 23, as médias foram baixas, mais na PUCRS (frequências: CT-3; CP-8; SO-5; DP-9 e DT-51), predominantemente discordantes, como já acontecera no terceiro e sexto ano, deixando claro que uma das melhores qualidades do docente, para o aluno, é estabelecer boas relações interpessoais.

Na complementação das questões os PG destacaram que há necessidade de melhores docentes no curso de Medicina, considerando que isto exige um esforço e preparo intencionais, dos quais o campo da Educação não pode estar alheio ou ignorado. Chamamos também a atenção sobre a necessidade do compromisso social da Universidade com os problemas brasileiros e latino-americanos e, conseqüentemente, o professor da área médica deve participar deste compromisso.

Os dez adjetivos mais caracterizadores de um melhor professor foram: comprometido, competente, ético, honesto, descontraído, bom colega, orientador, conhecedor, atualizado e posicionado na realidade.

Como pudemos observar, apesar das aparentes pequenas

diferenças há, se analisarmos com profundidade, enormes aproximações, o que revela uma dimensão filosófica e social entre os grupos.

As três sugestões mais citadas foram:

- educação contínua do professor, tanto cognitiva, quanto prática e afetivamente
- melhores critérios de seleção de docentes, promoção na carreira e remuneração condigna
- integração da teoria com a prática e abertura para melhores conhecimentos científicos e experiências inovadoras.

Gostaríamos de chamar a atenção que os alunos de PG revelaram uma nova faceta, que é justamente o professor como agente de inovação, através de seu trabalho de investigação, posto em prática em suas atividades de sala de aula ou de experiências em locais de desenvolvimento de habilidades específicas médicas.

TABELA C4 - Médias das Opiniões sobre um melhor médico (PG)

QUESTÃO	PG UFRGS	PG PUCRS	TOTAL
Q24	4,439	4,171	4,289
Q25 Sobre um	1,800	1,845	1,829
Q26 melhor	3,971	3,610	3,776
Q27 médico	2,429	1,951	2,171
Q28	1,400	1,098	1,237
	n=35	n=41	n=76

Na questão 24, as médias foram elevadas, um pouco diferentes (frequências: CT-43; CP-24; SO-1, DP-4 e DT-4) semelhantes às do terceiro e sexto ano, evidenciando que os alunos acham que um melhor médico deveria aprofundar-se também em outras áreas para melhor se desempenhar como pessoa e pro-

fissional.

Na questão 25, as médias foram baixas e próximas (frequências: CP-14; DP-21 e DT-41), evidentemente discordantes e semelhantes àquelas do terceiro e sexto ano, colocando claramente que o médico não deve (nem pode) ficar restrito somente ao seu curso de graduação.

Na questão 26, as médias foram mais altas e um pouco próximas (frequências: CT-15; CP-45, SO-3; DP-10 e DT-3), como no terceiro e sexto ano, concordando em que o médico não pode parar no final do curso de graduação, tem de continuar também com outros cursos específicos na área para melhor atuar.

Na questão 27, as médias baixaram, mais na PUCRS (frequências: CT-3; CP-17; DP-26; DT-30), semelhantes às do sexto ano, discordando da colocação de que sempre é necessário especializar-se em vez de ter uma visão mais global. Estas respostas são significativas especialmente em um grupo de médicos que está justamente se especializando, no entanto não parece perder a noção de que é necessário, sempre que possível, manter-se a par do que se passa na Medicina como um todo.

Na questão 28, as médias foram bastante baixas, especialmente na PUCRS (frequências: CT-2; CP-1; SO-1; DP-5 e DT-67), evidenciando clara discordância com a idéia de que não é necessário estabelecer boas relações interpessoais. O mesmo já haviam colocado os alunos do terceiro e sexto ano.

Na complementação das questões novamente foi destacado que um melhor médico deve saber estabelecer boas relações interpessoais com seus pacientes e com os seus pares, além do dever, praticamente, manter-se atualizado, sempre realizando

cursos, participando de encontros e trocando idéias e conhecimentos com os colegas. Isto parece fundamental, especialmente se levarmos em conta que estes alunos estão a nível de especialização, sem perderem a noção do todo e da necessidade da comunicação e entrosamento, ainda mais que já são médicos.

As dez características do que consideraram um melhor médico mais freqüentemente citadas foram: comprometido, realista, competente, confiante, honesto, sociável, ético, inteligente, inovador e responsável. Como podemos perceber, as características mais citadas são bem coerentes com as opiniões emitidas nas questões que analisamos.

Por outro lado cumpre apontar que grande parte destes objetivos é similar àqueles colocados pelos alunos. Nota-se um grande desejo de uma melhor qualidade do médico, bem como transparece a idéia de que ele deve de estar comprometido com uma realidade específica.

As três sugestões mais freqüentes são as seguintes:

- Contato com a problemática da realidade, especialmente em países em desenvolvimento, como é o nosso, e questionamento constante do que é um bom médico.
- Dignificação da profissão, através das considerações da comunidade e auto-análise levada a efeito pelos médicos, junto com o conhecimento mais profundo do Código de Ética.
- Educação continuada do médico, através de situações formais, não formais e informais, nas quais exista intercâmbio de conhecimentos, discussão dos problemas da classe e aprofundamento na dinâmica social.

Como pudemos perceber há uma profundidade maior nas sugestões realizadas pelos pós-graduandos (médicos) e isto

cremos, foi possível devido a que os mesmos possuem uma amplitude maior de experiência e, parece, conhecimento.

TABELA C5 - Médias das Opiniões sobre a Responsabilidade Social (PG)

QUESTÕES	PG UFRGS	PG PUCRS	TOTAL
Q29	4,114	3,976	4,039
Q30 Sobre a	2,543	2,415	2,474
Q31 responsabili-	1,114	1,366	1,250
Q32 dade social	1,400	1,634	1,560
Q33	2,286	2,000	2,132
Q34	2,457	1,488	1,934
	n=35	n=41	n=76

Na questão 29, as médias foram altas e próximas (frequências: CT-29, CP-32; SO-6; DP-7 e DT-2) e coincidiram com as do terceiro e sexto ano, demonstrando a necessidade do médico utilizar o seu bom senso, mesmo que existam certos impedimentos.

Na questão 30, as médias baixaram, estando próximas (frequências: CT-6; CP-19; SO-4; DP-23 e DT-24), com tendência à discordância, igual que no terceiro e sexto ano, o que indica que os pós-graduandos consideram que a problemática das doenças endêmicas não é somente de responsabilidade exclusiva do governo.

Na questão 31, as médias foram bastante baixas, próximas (frequências: CT-3, CP-1, DP-4 e DT-68), coincidindo com o terceiro e sexto ano, evidenciando a necessidade de se ter Cuidados Primários em Saúde.

Na questão 32, as médias foram também baixas e parecidas (frequências: CT-4. CP-2. SO-5. DP-8 e DT-57) como no



terceiro e sexto ano, discordando de que o único local para atender a maioria das doenças da população esteja a nível hospitalar. Isto é relevante, se levarmos em conta que são médicos cursando pós-graduação, geralmente realizando estes cursos em hospitais-escola.

Na questão 33, as médias foram um pouco mais elevadas e parecidas (frequências: CT-8, CP-10; SO-4; DP-16 e DT-38), bastante discordantes e nisto se assemelharam às do terceiro e sexto ano, indicando que parecem conhecer as diferenças que se estabelecem entre os atendimentos públicos e particulares, a principiar pelo número de doentes, a qualidade do ambiente e a infraestrutura.

Na questão 34, as médias foram bem diferentes nos dois grupos, bem mais elevadas na UFRGS (frequências: CT-2; CP-11; SO-9; DP-12 e DT-42), enquanto que estavam justamente mais baixas no terceiro e sexto anos, indicando que os alunos brasileiros entenderam o conteúdo da enunciação como realmente corresponde, isto é, vendo o interior só como fonte de renda, enquanto que nos alunos estrangeiros (a maioria dos PG da UFRGS), especialmente nos latino-americanos (Peru, Equador e Colômbia), se constatou que são obrigados a ir ao interior durante um ou dois anos para realizar uma medicina de família e cuidados primários, obtendo ganhos substanciais econômicos mas, ao que parece, sem acrescentar conhecimentos inovadores ao seu exercício profissional. Neste sentido a enunciação também foi compreendida corretamente porque corresponde a uma realidade cultural diferente da nossa. Salientamos este fato, não somente por ter alterado as médias mas porque mostra que números, não sendo bem interpretados, não têm o mínimo valor.

Como complementação das questões, cabe anotar que uma das manifestações mais interessantes foi a comentada na questão anterior, que, por sinal, nos propiciou um excelente debate em uma sala de aula, na disciplina Educação para a Saúde, do Curso de Especialização em Medicina Desportiva da UFRGS.

Outro aspecto salientado foi a dimensão social do médico em seu atendimento a qualquer tipo de população e em qualquer local, bem como a necessidade de aprender a lidar com situações mesmo conflitivas ou com riscos de vida (o caso de atendimento a populações marginais, de doenças infecto-contagiosas ou terroristas).

TABELA C6 - Médias das Opiniões sobre o desempenho médico (PG)

QUESTÕES	PG UFRGS	PG PUCRS	TOTAL
Q35	3,571	3,561	3,566
Q36	4,257	4,707	4,500
Q37 Sobre o	2,714	3,024	2,882
Q38 desempenho	3,086	2,829	2,947
Q39 médico	2,914	3,244	3,092
Q40	4,771	4,732	4,750
	n=35	n=41	n=76

Na questão 35, as médias foram relativamente altas e bem próximas (frequências: CT-14; CP-37; SO-5; DP-18 e DT-2), tendendo a concordar, diferentemente dos alunos do terceiro ano (médias mais baixas e com grande disparidade de opiniões) e próximas às do sexto ano, o que estaria a indicar que os alunos vão conhecendo cada vez mais o Código de Ética e a seguir, o mesmo ocorrendo com os médicos, no caso os pós-graduandos (em que as médias subiram mais um pouco). Deste modo podemos ver que as opiniões se consolidam, na medida em que o co

cimento se vai tornando mais real, existindo também uma **obrigatoriedade** profissional.

Na questão 36, as médias foram elevadas, um pouco maiores na PUCRS (frequências: CT-53; CP-16; SO-2; DP-2; DT-3); semelhantes às do terceiro e sexto ano, evidenciando que o melhor médico procura saber a opinião de colegas quando o caso que está cuidando lhe parece diferente, o que indica bom senso e solidariedade profissional.

Na questão 37, as médias foram mais baixas e parecidas (frequências: CT-7; CP-28; SO-10; DP-11 e FT-20), acontecendo uma dispersão nas respostas, com leve tendência à concordância, com distribuição diferente da do terceiro ou sexto, evidenciando que as opiniões são mais próximas a que o médico deve atender pessoas diferenciadas em locais diferenciados. Parece que esta diferença de médias se deveu ao fato de que os PG da PUCRS concordam um pouco mais, enquanto que os da UFRGS discordam um pouco mais (isto se dá na análise dos dois subgrupos internos separadamente (vide anexos 16, p.37 e 17, p.37 ).

Na questão 38, as médias subiram um pouco e estão razoavelmente próximas (frequências: CT-9; CP-29; SO-6; DP-13 e DT-19), indicando novamente uma dispersão de respostas, tendendo a discordar, mais próximo às opiniões emitidas pelo terceiro ano que pelo sexto, o que indica que acreditam que a boa apresentação do médico parece que não corresponde tanto a um melhor desempenho profissional.

Na questão 39, as médias foram relativamente próximas, (frequências: CT-26; CP-13; SO-2; DP-12 e DT-23), novamente dispersas mas tendendo à concordância, mais parecidas com as do

o médico consciente sabe adequar o tipo de atendimento que presta de acordo com a classe social da pessoa que atende.

Na questão 40, as médias foram bem elevadas e bem parecidas, (frequências: CT-58, CP-17 e SO-1), mais elevadas que as do terceiro e sexto e indicando que os PG estão preocupados com a atualização constante do médico, talvez por estarem nesta fase de sua formação, o que se constata também nas opiniões sobre um melhor médico.

Muitas das considerações que foram feitas na complementação desta área, têm íntima união com aquilo que sugeriram e complementaram na área sobre um melhor médico, entretanto houve uma ênfase muito grande em discutir a identidade do médico na sociedade moderna, especialmente levando em conta a tendência em ações comunitárias e nas chamadas medicinas alternativas.

Outros aspectos que foram salientados dizem respeito, justamente, à relação Medicina e Tecnologia, levando em conta que há contínua atualização do médico, especialmente em sociedade em desenvolvimento.

Finalmente, salientaram a necessidade de fortalecer o conceito ético da Medicina e sua aplicação na prática.

TABELA C7 - Médias das Opiniões sobre a Personalidade Adulta (PG)

QUESTÕES	PG UFRGS	PG PUCRS	TOTAL
Q41	3,886	3,927	3,908
Q42 Sobre a	4,429	4,659	4,553
Q43 Personalidade	4,514	4,561	4,539
Q44 Adulta	4,314	4,122	4,211
Q45	4,657	4,707	4,684

Na questão 41, as médias foram altas e próximas, (freqüências: CT-21; CP-43; DP-8 e DT-4), parecidas com as do terceiro e sexto ano, indicando que os PG concordam que, com o passar do tempo, se adquire mais experiência para solucionar os problemas de vida. De certo modo, se leva em conta o Ciclo Vital e as transformações pelas quais os seres humanos passam.

Na questão 42, as médias foram bem elevadas e próximas, (freqüências: CT-51, CP-18, SO-3 e DP-2), semelhantes às do terceiro e sexto ano, denotando que os PG estão conscientes de que este momento de sua existência é muito importante e que se estão preparando para assumir seu papel adulto na sociedade.

Na questão 43, as médias também foram bem elevadas, (freqüências: CT-51; CP-19; SO-3; DP-2 e DT-1), semelhantes às do terceiro e sexto ano, demonstrando que os PG reconhecem que estão tendo oportunidade para crescer. Isto talvez possa atribuir-se a que a profissão médica é não só importante mas também significativa e, de certa maneira, torna as pessoas responsáveis, já que elas têm de lidar com outras.

Na questão 44, as médias baixaram discretamente, (freqüências: CT-39; CP-26; DP-10 e DT-1), como no terceiro e sexto ano, levando a crer que a preocupação pela situação do país realmente existe e deixa os estudantes e médicos com o compromisso de se sentirem atuantes e partícipes.

Cabe novamente alertar que os dados foram coletados entre junho e outubro de 1988.

Na questão 45, as médias foram novamente bem elevadas e próximas, (freqüências: CT-55, CP-20, DT-1), semelhantes às

do terceiro e sexto ano, indicando que as pessoas, apesar das dificuldades, estão com alto nível de aspiração e prontos a se desempenhar e lutar, o que bem caracteriza a Adultez Jovem.

Na questão 46, as médias também foram elevadas e próximas, (freqüências: CT-27; CP-40; SO-1; DP-7 e DT-1), semelhantes às do terceiro e sexto ano, demonstrando que os PG também estão querendo viabilizar os planos que elaboraram para o futuro e deixam transparecer que já estão conseguindo realizá-los.

Na complementação da questão podemos destacar que os PG manifestaram a importância de estarem informados, em tendo pela frente uma tarefa tão importante como o é a Medicina. Deixaram patente seu convencimento de que a Vida Adulta tem um significado nuclear e que, através do trabalho, as pessoas conseguem o sentido da sua existência. Manifestaram também a necessidade de solidariedade humana em uma sociedade tão egoísta e enlouquecida pelo lucro. Revelaram idealismo e, ao mesmo tempo, desejos de transformação através do melhor conhecimento de interação pessoa-sociedade.

A análise dos alunos do pós-graduação, além de nos confirmar mais claramente as opiniões, nos ajudou a vislumbrar a dinâmica entre alguém que já é médico e está ainda em um papel de estudante. Isto propicia dois focos de análise importante, que ajudam a esclarecer como as opiniões se consolidam e, ao mesmo tempo, são apresentadas no discurso e na ação.

Gostaríamos de registrar que esta não foi apenas uma constatação de questionário ou ficha informativa, ele foi vivida pelo autor da tese com os seus alunos do pós-graduação e

colegas de profissão, que muito lhe ajudaram a entender a problemática médica, através do debate democrático e seu alto nível em sala de aula.

Creemos ser este um momento importante da análise de dados, visto que trabalharemos as opiniões dos professores das três Faculdades de Medicina. Sem dúvida alguma, o papel do professor é realmente significativo e tem merecido comentários, desde os mais elogiosos até os mais críticos.

Adorno (in Glazman, 1986) tem chamado a atenção sobre a enorme quantidade de tabus que se tem feito a respeito do professor, inclusive chamando a atenção que o docente tem passado a ser **um vendedor de conhecimento**. Neste sentido, segundo o autor, a profissão de ensinar tem sido acossada pelas mais ingentes regras, desde a arte de argumentar sem resposta até os fins disciplinares impostos aos estudantes.

Evidentemente que isto requer uma análise bastante séria a respeito de como tem sido deformado, ou talvez nunca fortemente questionado, o papel do docente. Por isto, cremos, a docência, com suas pesadas cargas, parece deixar pouco tempo para a humanização do professor e, claro está, a humanização dos seus alunos.

É interessante constatar que os comentários levados a efeito por Adorno são de extrema significação no momento em que desejamos um ensino mais aberto e significativo para a formação do médico.

Deste modo, ao analisarmos os dados dos questionários dos médicos-professores (ou professores-médicos), somos conscientes de que esta contribuição tem um sentido não somente

simbólico mas muito real, que nos pode ajudar a entender como é encarada a formação de futuros profissionais da Medicina ante um mundo em modificação.

TABELA D1: Médias das Opiniões sobre seu curso de graduação (professores)

QUESTÃO	Prof. UFRGS	Prof. PUCRS	Prof. FFFCMPA	TOTAL
Q1	4,500	4,558	4,548	4,529
Q2	4,798	4,681	4,823	4,772
Q3 Sobre seu	2,786	3,233	2,699	2,857
Q4 curso de	2,202	2,419	2,355	2,302
Q5 graduação	3,786	3,605	3,823	3,557
Q6	3,524	3,372	3,645	3,529
Q7	2,774	2,837	2,823	2,804
Q8	2,393	2,372	2,516	2,429
Q9	3,512	3,628	3,758	3,619

n=189

Na questão 1, as médias foram bem elevadas e bem parecidas (frequências: CT-125; CP-52; SO-2; DP-7 e DT-3), coincidindo com os alunos do terceiro e sexto e os PG, concordando muito com a afirmativa de que sua motivação ao ingressar no curso de Medicina foi intensa. Ao que parece temos aqui consolidada uma opinião que se tem repetido em toda a amostra. Seria oportuno perguntar: o que é feito desta motivação durante a formação do médico?

Na questão 2, as médias também foram bem elevadas e parecidas, (frequências: CT-157; CP-25; SO-4; DP-2 e DT-1). O mesmo dado se repetiu a partir dos estudantes, portanto temos confirmada também a opinião de que a família, os parentes e amigos apoiaram no momento de ingressar no curso.

Na questão 3, as médias baixaram, sendo que na PUCRS



se mantiveram mais altas que nas outras duas faculdades (frequências: CT-23; CP-72; SO-9; DP-25 e DT-60), tendo havido bastante dispersão nas respostas, fenômeno idêntico ao dos alunos e PG, indicando que este é um tipo de opinião que parece depender de características pessoais, ideal de vida e influências sociais.

Na questão 4, as médias foram mais baixas e próximas (frequências: CT-14; CP-46; SO-1; DP-50 e DT-78), tendo havido uma diferença em relação aos alunos e PG, o que demonstra uma tendência à discordância, revelando que também estes professores, ao ingressarem no curso, não tinham conhecimento do currículo. Isto posto, se faz necessário chamar a atenção da necessidade de esclarecimentos continuados a respeito da estrutura do curso, seus objetivos e suas estratégias.

Na questão 5, as médias foram mais altas e parecidas (frequências: CT-77; CP-59; SO-2; DP-32; DT-19), tendo ocorrido uma dispersão menor que nos PG e alunos, com uma clara tendência a concordar com a idéia de que, durante o curso de graduação, se manteve nível de motivação idêntico àquele de quando ingressou. Isto parece ter a interpretação de que, com o tempo, se tende a ver com menos crítica e severidade o que aconteceu durante a formação. Uma outra idéia seria sobre maior nível de maturidade para a análise das experiências passadas, e, finalmente, um maior índice de idealização da experiência vivida.

Na questão 6, as médias foram semelhantes à anterior e parecidas (frequências: CT-39, CP-93; SO-3; DP-37 e DT-17), novamente revelando uma dispersão com clara tendência à concordância, o que não coincide com as opiniões do PG e alunos,

revelando que os professores se posicionam diferentes porque talvez acreditem que as disciplinas do curso de Medicina foram significativas e tiveram ligação entre si. Este é um ponto que poderia ser bastante discutido na comunidade acadêmica, pois apresenta uma interessante discordância entre os grupos.

Isto talvez se deva a que, na opinião de alguns docentes, o curso por eles realizado foi de melhor qualidade, com nível de exigência maior e com mais empenho de professores e alunos. Naturalmente que isto precisaria ser investigado de uma forma mais profunda e crítica.

Na questão 7, as médias foram mais baixas e parecidas (frequências: CT-14, CP-70; SO-4, DP-64, DT-34), tendendo à discordância. Neste ponto, é interessante chamar a atenção de que todos os grupos concordaram, por isto nos parece que evidenciam que, mesmo os professores tendo considerado que seu nível de motivação se manteve idêntico, que as disciplinas eram significativas e com ligação entre si, o curso não correspondeu às suas expectativas e isto nos leva de volta ao questionamento anterior: até onde vai a realidade e até onde vai o ideal?

Na questão 8, as médias também foram mais baixas e semelhantes (frequências: CT-19, CP-43, SO-1, DP-63 e DT-63), o que indica que houve rejeição a reprisar os mesmos conteúdos e na mesma seqüência, não com a mesma intensidade dos alunos e PG (que tiveram médias mais baixas).

Na questão 9, as médias se elevaram um pouco e foram parecidas (frequências: CT-49; CP-84; SO-4; DP-39 e DT-13), à semelhança dos alunos e PG, o que nos leva a crer que os conhecimentos adquiridos nas disciplinas básicas podem ser con-

sideradas relevantes para as disciplinas clínicas e cirúrgicas.

Na complementação das questões, houve opiniões muito interessantes, que esclareceram, entre elas temos: que os cursos eram mais exigentes e de maior qualidade, antes das reformas de ensino; que o grande número de faculdades de Medicina, criadas recentemente, tem prejudicado os cursos de graduação, porque nem todas têm condições de fornecer um ensino de qualidade e que prepare realmente para a prática.

Sobre a própria formação, alguns comentaram existir muita atomização curricular e conhecimentos ultraespecializados, o que não propiciou uma globalidade do conhecimento, tal como era necessário quando alunos.

Outro problema apontado foi a dificuldade de integração de departamentos e de disciplinas, o que perturbava o bom andamento curricular.

Foi apontado também, como falha grave do curso, uma carência de orientação para alunos e professores, em termos de desempenho científico e pedagógico. Alguns sugeriram modificações que beneficiassem um ensino mais globalizado e enraizado nas problemáticas da realidade.

TABELA D2: Médias das Opiniões sobre seus professores do curso de graduação (professores)

QUESTÕES	Prof.UFRGS	Prof.pucrs	Prof.FFFCMPA	TOTAL
Q10	2,845	3,233	2,887	2,947
Q11 Sobre seus	2,810	2,930	2,823	2,841
Q12 professores	3,881	4,279	4,065	4,032
Q13 do curso de	2,881	2,953	2,871	2,094
Q14 graduação	2,690	2,744	3,016	2,810
Q15	2,512	2,744	2,419	2,534
Q16	2,595	2,884	2,597	2,661
Q17	2,310	2,977	2,290	2,455
Q18	2,202	2,512	2,371	2,328

n=189

Na questão 10, as médias foram mais altas e próximas (um pouco maiores na PUCRS), (frequências: CT-9; CP-87; SO-4, DP-63 e DT-26), com leve tendência à discordância mas dispersão de opiniões, como nos alunos e PG, porém as médias foram um pouco mais elevadas, indicando que, em um assunto tão polêmico, existe uma razoável concordância entre os grupos e isto se observou nos professores, que muito honestamente reconheceram a situação na qual também se encontram.

Na questão 11, as médias foram mais próximas (frequências: CT-11; CP-71; SO-6; DP-79 e DT-22), com um pouco mais de tendência à discordância, bem menor da dos alunos (que discordaram bem mais), isto provavelmente evidencie que, como os professores estão na sua função docente, tenham a tendência a considerar que o relacionamento interpessoal que tiveram com seus mestres tenha sido positivo e o que, provavelmente, projete o desejo do seu próprio relacionamento com seus alunos.

Caberia uma maior discussão sobre este tema, já que

relações interpessoas têm sido sistematicamente salientadas nesta investigação, como muito importantes e significativas. Um outro aspecto a ser comentado é que, talvez, o tipo de relacionamento interpessoal hoje vigente merecesse ser melhor estudado desde todos os focos de percepção e opinião.

Na questão 12, as médias foram altas e parecidas (frequências: CT-82, CP-74, SO-4; DP-13 e DT-15), próximas das dos alunos e PG, confirmando a que alguns professores são convidados a lecionar por serem bons profissionais médicos, apesar de não possuírem a devida formação pedagógica. Isto deverá de alertar para o preparo de docentes que não possuam apenas conhecimentos na sua área mas que tenham abertura pedagógica.

Na questão 13, as médias foram parecidas (frequências: CT-23; CP-69; SO-5, DP-49 e DT-43), com dispersão igual, o que quer dizer que não há um acordo ou tendência de opiniões sobre a afirmativa de que a maioria dos professores do curso utiliza variados recursos, métodos e técnicas didático-pedagógicas.

Na questão 14, as médias ficaram próximas (ligeiramente maior na FFFCMPA), (frequências: CT-17; CP-61; SO-23; DP-45 e DT-43), levemente discordantes, menos que os alunos e PG, notando-se aqui haver razoável dúvida sobre a afirmativa de que os docentes das disciplinas básicas têm idêntico desempenho pedagógico de aqueles das disciplinas clínicas e cirúrgicas. Obviamente nos apercebemos da necessidade de realizar uma pesquisa sobre o que é considerado desempenho pedagógico nestes dois tipos de atividade médica, desde um enfoque de ensino.

CT-6; CP-60; SO-11; DP-64 e DT-48), com tendência à discordância, como nos alunos e PG, o que evidencia que esta carência de grande preocupação dos professores em auxiliar os alunos em suas diversas tarefas acadêmicas é um dos problemas que se tem repetido com freqüência em toda nossa investigação.

Na questão 16, as médias foram também parecidas (freqüências: CT-8; CP-66; SO-8; DP-68 e DT-39), discordantes, como nos alunos e PG, o que nos leva a lembrar outro aspecto que merece cuidado, já que a transmissão de conhecimentos deveria ser feita de maneira mais cuidadosa, propiciando as fontes, as diferentes referências bibliográficas e a análise dos vários autores.

Na questão 17, as médias foram um pouco diferentes, a da PUCRS foi um pouco mais elevada, (freqüências: CT-11; CP-47; SO-4; DP-82 e DT-45), um pouco mais discordantes que dos alunos e PG, aqui se evidenciando o reconhecimento de que nem todos os docentes se preocupam com sua pontualidade, assiduidade e comprometimento com as tarefas propostas. Chamamos a atenção de que esta opinião nos revela não apenas dados passados mas, provavelmente, também situações presentes.

Na questão 18, as médias foram parecidas e um pouco mais baixas (freqüências: CT-8 ; CP-44; SO-9; DP-69 e DT-59), claramente discordantes, como nos PG e sexto-anistas, próximos às dos alunos do terceiro ano, uma vez mais enfatizando a necessidade que os docentes têm de realizar uma integração entre os conteúdos das diferentes disciplinas.

Como complementação a estas questões, os professores evidenciaram, através da sua experiência como alunos, a necessidade da capacitação do docente tanto do ponto de vista es-

cordantes, igual que nos alunos e PG, rejeitando a idéia de que um melhor docente é aquele que tem um conhecimento especializado somente na área em que atua. Pelas opiniões evidenciadas, parece existir um desejo do fim de uma especialização sem uma maior visão crítica, isto revela que um docente não pode cingir-se única e exclusivamente a um conhecimento isolado, sem tentar estabelecer pontes nas diversas áreas do saber e do agir.

Na questão 21, as médias se elevaram um pouco, estando próximas (frequências: CT-29; CP-68; SO-4; DP-44 e DT-44), discretamente concordantes, como nos alunos e PG, embora existindo dispersão, aparece o desejo de que o melhor professor saiba utilizar métodos, técnicas e recursos didático-pedagógicos do que ter um conhecimento profundo na matéria. Evidentemente isto também mereceria uma discussão mais apurada, porque, na nossa opinião, tanto o conhecimento como o **aparelhamento** didático-pedagógico são fundamentais.

Na questão 22, as médias foram diferentes, na UFRGS mais baixa (frequências: CT-80; CP-66; SO-5; DP-27 e DT-11), mas foram próximas às dos alunos e no PG havia ocorrido o contrário, as médias da UFRGS foram mais elevadas, concordando que melhores professores deveriam se preocupar em realizar cursos (especialização, mestrado e doutorado) também na área da Educação.

Na questão 23, as médias foram baixas e próximas (frequências: CT-5; CP-24; SO-4; DP-20 e DT-136) indicando elevada discordância, igual que nos alunos e PG, mostrando que há uma valorização das relações interpessoais a partir de um melhor docente.

Como complemento das questões, houve manifestação de que ser um melhor docente é uma tarefa árdua, que requer um contínuo aprimoramento. Neste sentido alguns professores evidenciaram que uma Educação Médica não é apenas a implantação de um plano de aperfeiçoamento de professores mas que significa, essencialmente, uma mudança de mentalidade, que radica em um conceito de sociedade democrática, função valorativa da medicina e estrutura do conhecimento e da prática médica.

A idéia de um melhor professor do curso de Medicina deve emanar de parâmetros culturais, amparados em necessidades sociais. O melhor docente não é um ideal mas uma pessoa humana, capaz de aperfeiçoamento e que, como tal, deve construir-lo em uma relação dialógica.

As dez características mais freqüentes sobre um melhor docente foram: íntegro, ético, motivado, mentalidade aberta, humilde, justo, metuculoso, líder, amigo e atualizado. Houve outros adjetivos que demonstraram o desejo de um professor melhor, muitos coincidentes em seu conteúdo e práxis, entretanto estes foram os que mais se salientaram.

As três sugestões mais freqüentes foram:

- seleção docente e progressão funcional através de desempenho e méritos pessoais e profissionais
- renovação de materiais de ensino, com a implantação de laboratórios de ensino-aprendizagem (incentivo à produção de conhecimento)
- equipes de atualização curricular, com integração de professores, disciplinas, métodos e técnicas pedagógicas e avaliação sistemática institucional.

Como podemos observar, o que os professores sugerem é



de extrema importância e revela sua preocupação sobre uma Educação Médica mais eficiente. A rigor, se analisarmos com cuidado estas sugestões, iremos ver que nelas se encontram os elementos básicos da renovação e de melhores perspectivas de ensino. É óbvio que não adianta ter melhores condições para os docentes, se não houver recursos didático-pedagógicos e a implantação de equipes de trabalho inter e transdisciplinares.

Na nossa opinião, os docentes foram extremamente oportunos ao analisar criteriosamente a problemática na qual vivem, propondo soluções.

TABELA D4 - Médias das Opiniões sobre um melhor médico  
(professores)

QUESTÕES	Prof.UFRGS	Prof.PUCRS	Prof.FFFCMPA	TOTAL
Q24	4,490	4,419	4,274	4,397
Q25 Sobre um	1,690	1,814	2,065	1,841
Q26 melhor	3,512	3,651	3,565	3,561
Q27 médico	2,286	2,628	2,548	2,450
Q28	1,369	1,093	1,516	1,354

n=189

Na questão 24, as médias foram bem elevadas e parecidas (frequências: CT-108; CP-65; SO-3; DP-9 e DT-4), até um pouco maiores que as do terceiro, sexto e PG, indicando que os professores, já no exercício da profissão médica há algum tempo, revelam a necessidade de conhecer diversas áreas para o melhor exercício profissional, por outro lado é muito possível que se tenham também questionado o que significa ser médico, envolvendo neste questionamento enfoques diversificados que não se satisfazem só com respostas dadas ao apenas aprendido medicamente.

Na questão 25, as médias foram baixas (um pouco diferente entre si), (frequências: CT-2; CP-35; DP-46 e DT-106), claramente discordantes, um pouco mais que as dos alunos e PG, demonstrando que os médicos não concordam que o curso de graduação bem feito seja suficiente para ser um melhor médico. Isto é importante pois as opiniões procedem justamente de aqueles que lecionam no curso de graduação.

Na questão 26, as médias se elevaram e ficaram parecidas (frequências: CT-90; CP-46; SO-3; DP-36 e DT-16), um pouco inferiores àquelas dos alunos e PG, de qualquer modo revelando que consideram que um melhor médico é aquele que também se preocupa em realizar cursos em nível de pós-graduação na área de seu interesse e atuação.

Na questão 27, as médias foram mais baixas e semelhantes (frequências: CT-18; CP-42; SO-3; DP-70 e DT-56), semelhantes às do terceiro ano e um pouco maiores que as do sexto e PG, evidenciando existir predominante discordância sobre a especialização e preferindo ter uma visão e atuação global da Medicina. Todos os grupos opinaram, no geral, desta maneira.

Na questão 28, as médias foram bem baixas e parecidas (frequências: CT-7; CP-6; SO-2; DP-17 e DT-157), semelhantes às dos alunos e PG, o que demonstra a não concordância à afirmativa de que, para ser um melhor médico, não é necessário estabelecer boas relações interpessoais. Vemos, uma vez mais, o valor dado a este aspecto do comportamento humano, que parece ser típico da nossa cultura e que, ao mesmo tempo, é fundamental para o exercício da profissão médica.

Na complementação das questões, houve comentários so-

especialmente levando em conta a nossa cultura em desenvolvimento. Por outro lado foi salientado o **novo** médico que está emergindo a partir do reconhecimento de valores humanos mais amplos, em uma contextualização social que exige participação e comprometimento.

Na manifestação de muitos dos professores, **nova** Medicina está intimamente unida a melhor médico e, por isto, um aspecto envolve o outro, salientando a necessidade de se perguntar continuamente qual o sentido epistemológico da Medicina, para então salientar qual é o melhor médico.

As dez características mais freqüentes sobre um melhor médico foram: sensível aos problemas, observador, sentido comunitário, participante, honesto, humilde, realista, amigo, ético e competente. Estas foram as características mais comumente citadas e que parecem corresponder às opiniões emitidas nas questões anteriores, revelando que os professores estão preocupados em um médico mais atuante e adequado à realidade.

As três sugestões mais comuns foram as seguintes:

- Educação continuada do médico através do conhecimento mais aprofundado da realidade, melhor sentido ético e mais atualização no que se refere a uma Medicina mais adequada aos problemas sociais.
- Melhor sentido da importância profissional, através do conhecimento e participação em associações de classe.
- Mais participação social, situando a Medicina nos diversos segmentos populacionais e conscientização da importância da saúde e sua preservação.

Estas três sugestões foram bastante ricas e significativas evidenciando uma abertura ante a problemática típica

de países em desenvolvimento.

TABELA D5: Médias das Opiniões sobre a Responsabilidade Social (professores)

QUESTÕES	Prof.UFRGS	Prof.PUCRS	Prof.FFFCMPA	TOTAL
Q29	3,952	4,186	4,210	4,090
Q30 Sobre a	2,512	2,837	2,710	2,651
Q31 Responsa-	1,274	1,814	1,387	1,434
Q32 bilidade	1,452	1,558	1,371	1,450
Q33 Social	3,143	2,628	2,935	2,958
Q34	1,702	1,465	1,742	1,661

n=189

Na questão 29, as médias foram elevadas e parecidas (frequências: CT-78; CP-83; SO-5; DP-13 e DT-10), bem próximas das dos alunos e PG, uma vez mais se constatando que o médico mais consciente é aquele que procura utilizar o bom senso e isto é um valor bastante evidente.

Na questão 30, as médias foram menos elevadas e próximas (frequências: CT-17, CP-59; SO-4; DP-59 e DT-50), com tendência à discordância, como nos alunos e PG, o que mostra que a problemática das doenças endêmicas é um problema pelo qual os médicos também se sentem responsáveis.

Na questão 31, as médias foram baixas (menos na PUCRS), (frequências: CT-9; CP-10; SO-2; DP-2 e DP-156), um pouco maiores que as dos alunos e PG, indicando que há uma tendência muito grande em dar uma preocupação aos Cuidados Primários em Saúde, o que coincide com as opiniões emitidas a respeito de um melhor médico.

Na questão 32, as médias também foram baixas e próximas (frequências: CT-9; CP-9; SO-1; DP-22 e DT-149) um pouco

mais baixas que as dos alunos e PG, evidenciando que, para atender a maioria dos problemas de doença da população, nem sempre o hospital é o melhor local. Podemos observar aqui uma coincidência bastante grande em todos os grupos e isto é importante porque caberia chamar a atenção sobre a necessidade de locais para o tratamento destas doenças mais comuns.

Na questão 33, as médias se elevaram um pouco (menos na PUCRS), (frequências: CT-40; CP-52; SO-13; DP-28; DT-56), tendo sido superiores às dos alunos e PG, menos discordantes quanto à possibilidade do tipo de atendimento em serviço público ou particular. Isto nos leva a pensar que os professores possam ponderar melhor o tipo de atendimento que possa ser dado em ambos os serviços, talvez porque já tenham maior experiência no campo de trabalho.

Na questão 34, as médias foram baixas e parecidas, (frequências: CT-4; CP-18; SO-14; DP-27 e DT-126), próximas às dos alunos e menores que as do PG, o que mostra que os professores discordam em que os municípios do interior só servem para o médico ganhar dinheiro e voltar para as grandes cidades.

Na complementação das questões uma vez mais se detectou a necessidade de o médico desenvolver, cada vez mais, responsabilidade social, especialmente vistos os problemas de doenças endêmicas que graçam no nosso país. Foi apontada com ênfase a necessidade de um melhor preparo para dar atenção aos Cuidados Primários em Saúde, salientando a necessidade de encontrar alternativas de atendimento à população e inclusive valorizar a Medicina comunitária.

TABELA D6: Médias das Opiniões sobre o desempenho médico  
(professores)

QUESTÕES	Prof.UFRGS	Prof.PUCRS	Prof.FFFCMPA	TOTAL
Q35	4,095	3,814	4,226	4,074
Q36	4,536	4,721	4,694	4,630
Q37	2,929	3,302	2,887	3,000
Q38	3,024	2,741	2,882	2,915
Q39	3,071	3,721	3,306	3,296
Q40	4,179	4,512	4,661	4,413

n=189

Na questão 35, as médias foram elevadas e próximas, (freqüências: CT-78, CP-82; DP-23 e DT-6), bastante mais elevadas que as dos alunos e PG, concordando muito mais e isto porque, provavelmente, conhecem bem melhor o Código de Ética e sempre seguem as suas normas. É interessante chamar a atenção de que isto parece revelar que o Código de Ética vai sendo melhor conhecido (e talvez aplicado) e a atividade profissional ajuda a aplicá-lo melhor.

Na questão 36, as médias foram bem elevadas e parecidas, (freqüências: CT-142; CP-37; SO-1; DP-5 e DT-4), discretamente maiores que os alunos e PG, indicando que há uma procura de saber a opinião de colegas quando o caso que está cuidando lhe parece diferente.

Na questão 37, as médias foram menores e próximas, (freqüências: CT-34; CP-64, SO-6; DP-38 e DT-47), menores que as dos alunos do terceiro ano e maiores que as do sexto e PG, revelando uma dispersão, também, das opiniões, com alguma tendência à concordância de que, para melhor se desempenhar, o médico deve atender as pessoas diferenciadas em locais diferenciados. É interessante notar que apesar das diferenças a

distribuição dispersa das opiniões foi parecida, o que revela que, sobre o tema, existem concordâncias e divergências que devem ser melhor estudadas.

Na questão 38, as médias foram parecidas, frequências: CT-26; CP-67; SO-4; DP-41 e DT-47), menores que as do terceiro e próximas às do sexto, o que mostra novamente uma dispersão das opiniões, levemente concordantes com a afirmativa de que a boa apresentação do médico corresponde a um melhor desempenho profissional.

Na questão 39, as médias foram mais altas e próximas, (frequências: CT-61; CP-50; SO-6; DP-28 e DT-44), um pouco menores que as do terceiro e um pouco maiores que as do sexto e PG, demonstrando que concordam em que o médico consciente sabe adequar o tipo de atendimento que presta de acordo com a classe social da pessoa que atende. Cremos que esta afirmativa é plausível de várias interpretações, na verdade cabe esclarecer que não se trata, aqui, de condicionar o atendimento em si à classe social mas de compreender as percepções e perspectivas das pessoas, a partir da sua contextualização social.

Na questão 40, as médias foram bem elevadas e parecidas, (frequências: CT-118; CP-54; SO-1; DP-9 e DT-7), mais elevadas que as do terceiro e parecidas com as do sexto ano e PG, indicando existir uma alta concordância sobre a correspondência da atualização constante do médico com o seu desempenho profissional. Aliás, estas opiniões já foram apontadas sobre o melhor médico.

Na complementação das questões, os professores manifestaram a necessidade do conhecimento do código ético, bem como a atualização do mesmo, quando situações sociais o indi-

carem (o que ocorreu recentemente, quando houve uma completa reformulação de Código após ampla discussão e consulta). Também chamaram a atenção a respeito de que os desempenhos médicos devem ser qualitativamente iguais, independente da classe social e em qualquer local ou tipo de atendimento.

Chamamos a atenção de que isto também já foi salientado pelos alunos do PG. Reforçaram a idéia da atualização e houve bastante exigência sobre o melhor conhecimento da realidade brasileira.

TABELA D7: Médias das Opiniões sobre a Personalidade Adulta (professores)

QUESTÕES	Prof.UFRGS	Prof.PUCRS	Prof.FFFCMPA	TOTAL
Q41	4,036	3,977	4,290	4,106
Q42 Sobre a	4,452	4,651	4,645	4,561
Q43 Persona	4,500	4,674	4,661	4,593
Q44 lidade	4,619	4,488	4,726	4,624
Q45 Adulta	4,548	4,442	4,677	4,566
Q46	4,083	4,410	4,274	4,159

n=189

Na questão 41, as médias foram altas e parecidas, (frequências: CT-68; CP-101; SO-1; DP-10 e DT-9), um pouco mais elevadas que os alunos e PG, o que indica que os professores também concordam, talvez com mais experiência que o amadurecimento (a idade) ajuda para solucionar os problemas da vida. É interessante chamar a atenção que nesta questão todos opinaram favoravelmente.

Na questão 42, as médias foram mais altas e parecidas, (frequências: CT-127; CP-49; SO-7; DP-4 e DT-2), parecidas às dos alunos e PG. É bastante interessante comentar que os pro-



fessores se localizam em vários momentos da Vida Adulta e que a alta incidência nas respostas parece indicar que quase todos consideram ser muito importante o momento existencial que estão vivendo. Isto talvez possa ser interpretado da seguinte forma: como a Medicina é uma profissão considerada altamente necessária e de cunho social, as pessoas sentem que não apenas estão realizando um trabalho mecânico mas sim uma tarefa que tem um claro cunho cultural e de ajuda.

Na questão 43, as médias foram também elevadas e parecidas (frequências: CT-131, CP-48; SO-4; DP-3 e DT-3), maiores que as do terceiro ano e semelhantes às do sexto e PG, tendo aqui existido o reconhecimento tácito das oportunidades para crescer como pessoa e isto se explicaria pelo fato de que os professores de medicina possuem dupla função de crescimento: como médicos e docentes.

Na questão 44, as médias foram um pouco maiores e próximas, (frequências: CT-139, CP-42; DP-2 e DT-5), bem maiores que as do terceiro e maiores que o sexto e PG, levando a crer que as pessoas estão mais engajadas e preocupadas com os acontecimentos políticos, sociais e econômicos. Isto talvez seja devido a que a maioria se situa na Adulterez mais responsável e viva diretamente o problema no seu papel de docente e médico.

É importante notar esta diferença, já que aqui podemos observar a evolução e modificação de opiniões.

Na questão 45, as médias foram elevadas e parecidas, (frequências: CT-131; CP-48; DP-8 e DT-4), próximas às dos alunos e PG, o que revela que, mesmo em diferentes momentos da Vida Adulta, as pessoas que estão trabalhando gostariam de realizar muitas coisas nestes momentos.

Na questão 46, as médias foram elevadas e a da UFRGS foi um pouco menor, (frequências: CT-77, CP-90; SO-4; DP-11 e DT-7), próximas às dos alunos e PG, demonstrando uma vez mais que as pessoas consideram que estão conseguindo viabilizar os planos que elaboraram para o futuro.

Caberia aqui uma análise um pouco mais aprofundada sobre o que são planos de vida e o que é futuro; é muito possível que, em uma investigação específica, existam diferenças nos diversos momentos da Vida Adulta, isto poderia ajudar a compreender um pouco melhor o que se denominou **crise geracional**, que de certo modo corresponde ao que conhecemos como **crise social**.

Como complementação, os professores colocaram dados muito interessantes, entre eles as modificações que existem a partir das experiências de vida e da convivência com o real. Muitos consideraram que o passar dos anos não foi infrutífero mas que revelou algumas verdades que se foram evidenciando com a prática e com as mudanças vitais. Algo apareceu muito nítido para muitos: o sentido de humanidade, bem como a dialética saúde/doença, estão bastante unidos ao conhecimento pessoal e àquele que se elabora sobre as outras pessoas.

Na análise sobre a opinião dos professores pudemos constatar que parece existir uma grande coerência entre o que manifestaram e as opiniões dos alunos do terceiro e sexto ano e dos médicos cursando o pós-graduação. Houve, evidentemente, algumas opiniões diferentes, embora não fossem radicalmente diversas, o que comprova, em parte, que todos estão muito preocupados pela formação do médico (Educação Médica), o valor da Medicina e seu significado e, naturalmente, o papel do médi-

co. Foi constatada uma consciência social bastante acentuada e, sem dúvida, maior reflexão crítica sobre problemáticas da realidade e ética médica.

As semelhanças das opiniões dos médicos com os alunos parecem evidenciar uma situação de câmbio, onde todos estão preocupados em exercer uma profissão que se tornou historicamente relevante e tem um papel importantíssimo na conscientização social, especialmente no que diz respeito aos Cuidados Primários em Saúde e ao sentido nuclear de que é a pessoa o agente ativo da sua própria sanidade. Aponta-se também a necessidade de saúde social como elemento transformador em sociedades desiguais, competitivas, imaturas e, na maior parte, indiferentes ao desenvolvimento humano.

Dando continuidade à sistemática metodológica iniciada, passamos agora a analisar os dados registrados nas Fichas Informativas. Primeiramente faremos o registro das freqüências das respostas dadas pelos alunos de pós-graduação (médicos), a seguir teremos as respostas dadas pelos professores (médicos). Usaremos as mesmas convenções já comentadas na p.184.

V3 - idade: os PG se caracterizaram por se situar na faixa 1: entre os 18 e 29 anos de idade (51) e na faixa 2: entre os 30 e 39 anos (24), havendo um aluno na faixa 3, com 40 anos, portanto a grande maioria está na Adultez Jovem. Evidentemente nenhum dos alunos do pós-graduação tem menos de 24 anos de idade.

V4 - sexo: o grupo do PG se caracterizou por ter 23 médicas e 53 médicos, notamos aqui a preponderância do sexo masculino.

V5 - estado civil: no grupo do PG houve 54 solteiros, 18 casados, 3 desquitados e um divorciado, podemos perceber aqui uma maior diversificação do estado civil, apesar da preponderância dos solteiros, o que parece revelar uma maior vivência dos dramas da Vida Adulta.

V6 - número de filhos: no grupo dos PG, 63 não tinham filhos, 2 tinham 1 filho, 6 tinham 2 filhos e 5 tinham três filhos.

V7 - local de nascimento: notamos que 21 eram de Porto Alegre, 26 do interior do estado, 3 de outro estado e 26 do exterior. Justamente aquele grupo de alunos que estava realizando o PG em Medicina Desportiva (com latino-americanos e espanhóis) era de 24 estrangeiros e havia mais dois colombianos no PG da PUCRS.

V8 - local de residência: 47 residiam em Porto Alegre, 2 na Grande Porto Alegre, 3 no interior e 24 no exterior (os dois alunos do PG PUCRS iriam completar seus estudos aqui durante mais tempo e colocaram que residiam em Porto Alegre).

V9 - anos de residência: nesta questão os alunos colocaram o tempo de residência em sua cidade (interior, outro estado e exterior), o que causou uma dispersão grande de todos, notando-se um pequeno pico no 1 ano (significando os alunos que iniciaram o PG há pouco e moram aqui) e outro pico entre 25 e 32 anos (justamente aqueles que sempre moraram no local, quer seja Porto Alegre, sua cidade natal no interior, outro estado ou exterior).

V10 - profissão do pai: lembrando as quatro categorias, tivemos a seguinte distribuição: 1-33; 2-35 e 3-8, claramente

colocando que os pais pertencem às duas primeiras categorias. Cabe aqui, talvez, um pequeno comentário: apesar de aqueles alunos do exterior, do PG em Medicina Desportiva da UFRGS, te rem bolsa para realizar o curso aqui, a maioria deve se situar nestas faixas mais altas de situação profissional e situação econômica, visto que não deve ser tão fácil seu auto-sustento, compra de livros, aluguel de moradia e alimentação em um país estrangeiro. Os de outro estado, ao que consta, também se auto-sustentavam.

V11 - profissão da mãe: 1-16; 2-5; 3-6 e 4-49. Houve aqui uma grande predominância de mães donas de casa, especial mente entre os estrangeiros.

V12 - situação sócio-econômica: cabe lembrar que é a dos próprios PG e, quando do preenchimento dos dados, foi lem brado para colocarem mesada, bolsa de estudos, trabalho, haven do a seguinte distribuição: 1-1; 2 (entre 2 e 5 SM)-42; 3 (en tre 5 e 10 SM)-19; 4 (entre 10 e 30 SM)-8 e 5 (+ de 30 SM)-6, o que demonstra que a maioria estava se sustentando apenas com a mesada, bolsa ou um emprego (conforme V14).

V13 - situação profissional do estudante/médico: 30 co locaram que só estudam (provavelmente aqueles 24 estrangeiros da UFRGS e os 2 da PUCRS, porque estão impedidos até legalmen te de trabalhar no país) e 46 colocaram que trabalham e estu dam. Ocorre que o PG PUCRS têm inúmeros plantões que devem ser realizados como atividade própria do pós-graduação, o que deve ter sido entendido por estes alunos como **trabalho e estu do**.

V14 - quantos empregos: 26 colocaram 0 (provavelmente a maioria dos estrangeiros que tem a sua bolsa) 37 colocaram

1 (provavelmente a maioria dos PG da PUCRS); 9 colocaram 2 empregos, 3 - 3 empregos e 1 - 4 empregos.

V15 - local de moradia: 42 moravam sós, 19 com os pais, 3 com parentes e 12 com a família.

V16 - grau de instrução do pai: Iº grau - 16; IIº grau - 20, e IIIº - 40, portanto havendo predominância de pais com nível superior.

V17 - grau de instrução da mãe: Iº grau - 23, IIº grau - 36 e IIIº grau - 17 (dado que confirma a profissão da mãe).

V18 - onde cursou o Iº grau: 23 em Porto Alegre, 23 no interior do estado, 4 em outro estado e 26 no exterior.

V19 - escola pública ou particular (Iº grau); 25 pública e 51 particular.

V20 - onde cursou IIº grau: 25 em Porto Alegre, 21 no interior, 4 em outro estado e 26 no exterior.

V21 - escola pública ou particular (IIº grau): 17 pública e 59 particular (estes dados são próximos dos alunos de terceiro e sexto ano, que também haviam trocado da escola para realizarem o IIº grau).

Após termos traçado esta panorâmica, na qual se nota que a maioria destes alunos de PG parece ter uma procedência social, econômica e educacional acima da média, podemos dizer que este grupo de PG se divide basicamente em dois grandes segmentos: alunos do exterior (26) realizando um pós-graduação com bolsa, aqui se podendo incluir, talvez, os três de outro estado, que fazem o PG em Medicina Desportiva na UFRGS e o grupo de alunos de PG PUCRS que tem a bolsa de pós-graduação com

suas conseqüentes atividades.

Cumpra esclarecer que este grupo de alunos possui características similares àqueles alunos de terceiro e sexto ano.

A seguir colocamos as correlações significativas, numericamente falando, entre as somas dos resultados das questões do questionário e os dados da Ficha Informativa.

Na V5 - estado civil: houve uma correlação significativa positiva (a nível de 0,01), indicando que há associação da soma das respostas das questões com as categorias de estado civil (em cada grupo respondem semelhantemente).

Na V6 - número de filhos: também houve uma correlação significativa positiva (a nível de 0,01), indicando que, conforme o número de filhos, há respostas semelhantes.

Na V7 - local de nascimento: houve uma correlação significativa positiva (a nível de 0,01), indicando que há associação entre as respostas e o local em que nasceu (os que nasceram em determinado local têm médias próximas).

Na V12 - situação sócio-econômica: houve uma correlação significativa negativa (a nível de 0,01), o que indica que as médias das respostas se relacionam inversamente com o nível sócio-econômico colocado.

Na V19 - Cursou a escola de Iº grau em escola pública ou particular: houve uma correlação significativa negativa (a nível de 0,05), indicando que é inversa a relação entre as médias das respostas e o local onde realizou o Iº grau.

Na V21 - Cursou a escola de IIº grau em escola públi-

ca ou particular: houve o mesmo tipo de correlação (também negativa).

Estas correlações negativas podem indicar um alto grau de crítica que os respondentes têm.

Passamos, a seguir, a analisar os dados propiciados pelos professores, nas Fichas Informativas.

Na V3 - idade: dois pertencem à faixa 1 (18 a 29 anos), 65 à faixa 2 (30 a 39 anos); 112 à faixa 3 (40 a 64 anos) e 10 à faixa 4 (mais de 65 anos), claramente se notando que a maioria dos professores pertence à denominada Aduldez Média, embora existam bastantes professores Adultos Jovens e ainda estejam lecionando alguns Adultos Velhos.

Na V4 - sexo: 26 são mulheres e 163 são homens, demonstrando uma nítida predominância do sexo masculino.

Este dado poderia ser bastante mais investigado e discutido, especialmente se o comparássemos ao magistério (Iº, IIº e IIIº grau) e à formação de médicas nos cursos, bem como seu posterior exercício profissional e de magistério.

Na V5 - estado civil: 19 eram solteiros, 161 casados, 4 desquitados, 4 divorciados e um viúvo, colocando claramente que o casamento parece ser, também na profissão de professor de Medicina, uma opção da Vida Adulta (como o é a solteiria, aqui representada). O pequeno grupo de separados tende a indicar que a profissão poderia ser colocada como até conservadora.

Na V6 - número de filhos: 24 não têm filhos, 32 têm 1, 55 têm 2, 53 têm 3, 18 têm 4, 6 têm 5 e 1 têm 6 filhos, nova-



mente se notando um certo planejamento familiar neste grupo de professores.

Na V7 - local de nascimento: 97 nasceram em Porto Alegre, 83 no interior do estado, 4 em outros estados e 5 no exterior.

Talvez isto possa ser interpretado até como uma elevada tendência à migração do interior para a capital, pelo menos neste grupo de médicos.

Na V8 - local de residência: 183 moram em Porto Alegre, 5 na Grande Porto Alegre e um no interior.

Na V9 - anos de residência: há uma grande dispersão (entre 3 e 67 anos), indicando que nem todos sempre viveram em Porto Alegre, apesar de que haja um pico em torno dos 30 anos de residência, outro entre 34 e 40 anos de residência, sendo provável que se trate de aqueles professores de menos idade.

Na V10 - profissão do pai: categoria 1-47; 2-109; 3-18 e 4-15, mostrando que os pais dos professores se situam preponderantemente nas categorias 2 e 1, o que parece indicar pertencerem a uma origem econômica, educacional e social mais aquinhoadas.

Na V11 - profissão da mãe: 1-14; 2-17; 3-13 e 4-145, indica claramente a predominância de mães donas de casa.

Na V12 - situação sócio-econômica: 5 a 10 SM-8; 10 a 30 SM-53 e mais de 30 SM-138, indicando que estes professores médicos parecem ter uma situação sócio-econômica bastante elevada, levando em conta a média sócio-econômica da população brasileira.

Na V13 - situação profissional do professor: 164 só trabalham e 25 trabalham e estudam (estes o fazem em cursos de especialização, mestrado ou doutorado).

Na V14 - quantos empregos: 1-18; 2-62; 3-74; 4-30; 5-5, o que demonstra que uma maioria tem entre 2 e 4 empregos (a docência e, pelo menos, mais um ou mais empregos).

Na V15 - local de moradia: 15 moram sós (provavelmente aqueles solteiros), 4 com os pais, 1 com parentes e 169 com a família (provavelmente os 161 casados).

Na V16 - grau de instrução do pai: Iº grau - 85; IIº grau - 49 e IIIº grau - 55.

Na V17 - grau de instrução da mãe: Iº grau - 98; IIº grau - 69 e IIIº grau - 22. Esta pequena discrepância nos dados da V16 e V17, no item IIIº grau (em relação à V10 e V11) pode se dever a que, apesar de possuir o terceiro grau, não estejam exercendo uma atividade a este nível.

V18 - onde cursou o Iº grau: Porto Alegre - 104; interior - 75; outro estado 8 e exterior - 2.

V19 - escola pública ou particular (Iº grau): 85 em pública e 104 em particular.

V20 - onde cursou o IIº grau: Porto Alegre - 131; interior - 50; outro estado - 6 e exterior - 2.

V21 - escola pública ou particular (IIº grau): 78 em pública e 111 em particular.

V22 - faculdade que cursou: PUCRS - 14; FFFCMPA - 30; UFRGS - 132; outra faculdade (no interior do estado ou exte-

Cabe agora fazer referência àquelas correlações que foram mais significativas, numericamente falando, entre os dados informativos e a soma dos resultados das questões do questionário, o que não quer dizer que a linha geral, analisada antes, que se refere às médias, não tenha o seu valor.

Na V3 - idade, houve uma correlação significativa positiva (a nível de 0,01), o que parece indicar que a média das respostas emitidas apresenta-se semelhante dentro das respectivas categorias de idade.

Na V18 - onde cursou o Iº grau, temos uma correlação significativa positiva (a nível de 0,05), o que parece indicar que as respostas emitidas apresentam-se semelhantes naquelas categorias de local onde cursou o Iº grau (Porto Alegre, interior, outro estado e exterior).

Na V20 - onde cursou o IIº grau, temos novamente uma correlação significativa positiva (a nível de 0,05), indicando novamente a mesma relação, agora no IIº grau.

Ao chegarmos ao final deste capítulo, podemos constatar que as opiniões dos alunos de pós-graduação (médicos) e dos professores dos cursos de Medicina estão também bastante próximas. Especialmente nos professores se detectou a necessidade de haver uma reformulação da formação do médico através de docentes mais preparados, mais críticos e, especialmente, com uma visão da realidade. Por outro lado, estas características, que foram uma tônica praticamente geral de todos os investigados, notam-se sobre a figura do médico e, especialmente, no questionamento sobre o estatuto epistemológico da Medicina. Parece existir uma preocupação bastante grande so-

que as pessoas que se dedicam à Medicina, profissionais de ajuda, tenham valores éticos condizentes com as necessidades sociais e robusteçam o sentido de grupo profissional com o claro sentido de não fugir à sua responsabilidade.

Tanto os estudantes de pós-graduação (médicos) quanto os professores dos cursos de Medicina evidenciaram, no nosso entender, opiniões mais **trabalhadas**, isto talvez se deva ao fato de estarem formados e com uma consciência profissional mais aguda. De qualquer modo, numericamente, as diferenças não parecem ser significativas mas qualitativamente é muito possível que elas o sejam.

É importante também notar que os valores e as expectativas expressos em opiniões são muito próximos em todos os grupos estudados. Por isto caberia questionar: quais são as verdadeiras razões do descontentamento da formação médica?

Em termos das correlações que foram analisadas, entre as características pessoais e as opiniões, cabe chamar a atenção de que as mesmas revelaram alguns aspectos interessantes: como já dissemos, através do indicador numérico, nos PG houve uma concentração bastante elevada na discordância que se correlacionou com um nível mais elevado de situação sócio-econômico, indicando, de certa maneira, uma disposição para a análise mais crítica. No grupo dos docentes, foram salientadas as correlações da origem educacional com a tendência a dar as melhores respostas e, finalmente, o que nos parece muito interessante, grupos de pessoas próximas em idade tendem a responder de forma muito semelhante.

Naturalmente que estes dados são indicativos, não quer

problemas tão complexos quanto classe social, nível motivacional, tipo de profissão e opiniões manifestas. Entretanto, nesta investigação, nos ajudaram a compreender que o **individual** do médico tem muito do **coletivo** dos médicos, o que, de certa forma, leva a criar uma dinâmica social onde as opiniões têm uma certa coerência e envolvem, no seu interior, expectativas, interesses e valores.

Os dados analisados neste capítulo nos possibilitaram tentar responder às questões 2 e 3 da investigação.

## **CAPÍTULO 11**

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: ENTREVISTAS**

Maffesoli (1986, p.159), com extrema sagacidade, chama a atenção sobre o valor social do conhecimento do cotidiano, que, segundo ele, não é redutível a simples fórmulas positivistas ou a um determinado enfoque. Para este autor, o contributo maior na análise do que nós vivemos parte da multiplicidade de fatores de análise, bem como a possibilidade de entender que, muitas vezes, na própria contradição, existe uma profunda **lógica existencial**.

Chama também a atenção que o fenômeno psicosocial não é redutível nem congelável, já que "a existência cotidiana, é fragmentada, polissêmica, constituída por sombras e luzes, numa palavra: o que é cada vez admitida, feita por um homem **simultaneamente** 'sapiens' e 'demens'." Estas idéias nos revelam a complexidade de qualquer tipo de conhecimento, já que, nesta perspectiva, o conhecer é uma das possibilidades para a compreensão da natureza humana, sua evolução e dinâmica.

O que nos move, ao redigir este capítulo, é possibilitar uma oportunidade a mais para, talvez, entender melhor o que foi investigado. As entrevistas com pessoas que representam instituições relevantes, tanto do ponto de vista de formação média formal, como associações de classe preocupadas com o comportamento do médico, sua identidade, seu papel social e sua força profissional, cremos que mostram angulações diferentes de um mesmo problema e isto pode e é, no nosso entender, bastante salutar, já que nos ajuda a completar um quadro que, evidentemente, não é definitivo nem terminal.

Por outro lado, segundo muito bem coloca Stubbs (1987, p.226), é necessário, nas ciências sociais, "contrastar a descrição de um fato com outras descrições ou provas independen-

tes, reunidas de diferentes formas, com métodos diferentes." Denomina este procedimento de **triangulação**, que pode ser utilizado de várias maneiras, porém, fundamentalmente, se refere a coleta e comparação de dados em distintas perspectivas.

Este ponto de vista, bastante atual nas ciências chamadas humanas, nos faz compreender a necessidade de evitar uma rigidez metodológica e talvez um ponto de vista único sobre a complexidade dos fenômenos em estudo.

Cabe chamar a atenção que, apesar dos seres humanos pertencerem a grupos semelhantes e terem vivências comuns, não percebem o mundo da mesma forma e, por outro lado, é bastante comum observar as diferenças existentes entre o que se diz e o que se faz.

Thiollent (1980) muito oportunamente tem feito críticas às pesquisas sociais, especialmente àquelas de cunho acadêmico que se servem do método para apenas revelar uma só faceta, na maior parte das vezes descritiva, do fenômeno, sem um maior aprofundamento.

Na realidade este autor chama muito a atenção sobre a orientação metodológica que tem privilegiado as técnicas de medição das opiniões e das atitudes individuais levadas a efeito por meio de questionários. Comenta que a maior parte de pesquisas deste tipo tem abrangido as mais diversas áreas, incluindo a própria educação.

Nos alertou bastante a referência dos organizadores de tais pesquisas, que, não dispondo de um espírito crítico, podem fazer fracas contribuições à investigação social e mesmo possibilitar aspectos superficiais e até errôneos sobre o conhecimento das atitudes e opiniões humanas.



Evidentemente, os comentários de Thiollent são de grande valor, especialmente ao se levar em conta que a utilização ingênua de pesquisas de opiniões ou atitudes pode servir como um forte preditor ideológico de **falsos** acontecimentos sociais.

É interessante comentar que se tem exercido forte fascino através de pesquisas de cunho empiricista-sociológico, já que tentam **desenhar** uma realidade que nem sempre é a verdadeira, por isto é necessário destacar o papel do aprofundamento metodológico no estudo das opiniões, contrastando-o com análises qualitativas que possam contrapor o sentido preditor, simplesmente empírico.

Este é o nosso posicionamento e a lição que Thiollent nos oferece. Assim gostaríamos de recordar que ele mesmo nos indica um novo caminho, quando sugere (1980, p.132) há necessidade de "problematização das noções de opinião, atitude, representação e percepção, levando em conta as tradicionais teorias psicossociológicas e as abordagens sócio-lingüísticas e semiológicas."

Creemos que isto não invalida uma tentativa séria de estudar opiniões através de questionário que possa ser contrastado com a análise qualitativa de entrevistas.

Todos estes elementos nos levaram a considerar a necessidade das entrevistas, como formas elucidativas e complementares daquilo que forma o núcleo central da pesquisa e, deste modo, o ato de entrevistar se transformou não apenas em uma possibilidade de recolher mais dados mas sim, repetimos, na **triangulação** dos dados, o que, cremos, possibilita uma leitura mais ampla da realidade, justamente é esta a leitura que nos interessa realizar.

Sobre as entrevistas em si mesmas, cabe chamar a atenção que, como já foi dito, tiveram o desenvolvimento e execu-

ção em uma etapa desta investigação. O sentido das mesmas emanou da problemática proposta e se fundamentou nos seus diversos temas, como a contrastação ou complementação do questionário de opiniões.

Para bem poder realizar as entrevistas, como já salientamos, se seguiram as sugestões de Bugeda (1974), que figuram neste relatório e, ao mesmo tempo as críticas sagazes de Thiollent (1980) a respeito da temática da entrevista padronizada à entrevista não diretiva, com as quais, em grande parte, concordamos. Se contemplaram também os pressupostos que coloca Mucchielli (1979) e que, no nosso caso, nos pareceram ser necessários.

Sobre o tema entrevista, Carvalho (1987, p.13) contribui, de forma valiosa, quando destaca a atuação da professora Anna Stella de Andrade Furtado, que propunha que a entrevista "se apresenta como uma técnica de esclarecimento e apoio psicológico", acrescentando, de forma bem interessante que "realiza-se através dos princípios de horizontalidade, de verticalidade, de generalidade e de individualidade do estudo psicossocial."

Creemos que é importante comentar estes princípios de Anna Stella de Andrade Furtado, já que nos parecem possibilitar linhas de compreensão que sempre são necessárias para entender aquilo que **realmente é dito**. No caso do princípio de horizontalidade, entende-se "a visão em extensão do caso social, isto é, os seus aspectos de abrangência." Por princípio da verticalidade entende-se "a visão, em profundidade, dos problemas sociais e da situação, indo à raiz dos aspectos causadores do problema social em seus elementos psicológicos e só-

cio-econômicos." Por princípio da generalidade entendem-se "os pontos comuns concernentes a outros casos, ou seja, o que há de geral e permite comparar o problema em questão com outros", por último, por princípio da individualidade "a significação do comportamento de cada pessoa entrevistada, aquilo que a distingue das demais situações, tornando-se diferentes de todas as outras."

Carvalho ainda comenta que estas idéias a levaram em direção à **compreensão**, tentando penetrar em uma linha fenomenológica, cuja abrangência e significado consiste na singularidade da vivência e de aquilo que é expresso pela pessoa como produção de si própria.

Creemos que é importante esclarecer que a nossa preocupação não é entrevistas de cunho fenomenológico, já que isto em si poderia ser outra tese. A preocupação foi muito mais em entrevistas **centradas**, com uma organização prévia, embora sujeitas a modificações, ao ritmo dos entrevistados, tentando fazer uma leitura daquilo que consideramos serem as suas opiniões sobre a formação médica, o estatuto da medicina e a percepção e compreensão que os entrevistados têm sobre o problema em tela.

Não nos preocupamos em catalogar as entrevistas, bem como não seguimos nenhuma forma rígida de interpretação. Como a entrevista está centrada em uma temática conhecida e vivida pelos entrevistados, o objetivo foi, através das palavras do mesmo, entender melhor para procurar estabelecer fontes com os dados já analisados do questionário.

Consideramos de máxima relevância realizar quadro-síntese que ofereça uma leitura seletiva da entrevista em-

bora a mesma figure completa nos anexos.

Cumpramos esclarecer que, para a elaboração destes quadros, se teve em mente selecionar frases consideradas significativas, na sua maior parte, bem como resumos indicativos daquilo que foi expresso e que possibilitou uma leitura do **dito**.

Antes de entrar na análise propriamente dita, cabe chamar a atenção que, no momento atual, na nossa cultura, felizmente começam a proliferar os mais variados enfoques sobre o tema análise de conteúdo. Assim temos, desde Bardin (1979), passando por Greimas (1981 e 1983), até chegar a Evaerst-Desmedt (1984) e Eco (1983 e 1984).

Isto revela que, apesar das críticas, a análise do discurso é da máxima importância porque, de certa maneira, através dos seus enunciados referentes internos, podemos detectar a socialização da mente e o partilhamento da cultura, temas de estudo bastante salientados pela psicologia soviética contemporânea. Por outro lado, existe toda uma perspectiva sobre o papel da linguagem na vida humana, acompanhada especialmente da ação e do conhecimento.

Creemos que estes princípios norteadores tornam possível a leitura de qualquer entrevista, não precisando, necessariamente, ambiciosas reduções quantitativas, nem mesmo codificações sofisticadas qualitativas. O discurso ou **conversa**ção é um elemento natural da vida humana e, através dele, guiamos os nossos comportamentos, bem como fazemos apreciações e julgamentos. Naturalmente isto depende, em grande parte de aquilo que conseguimos apreender através da socialização e dos padrões manifestos ou ocultos da cultura.

Para completar este ideário, gostaríamos de comentar o artigo de López-Aranguren (1986, p.366) que, sobre análise de conteúdo, cita Krippendorff, o qual comentou que "a análise de conteúdo é uma técnica de investigação (que se utiliza) para fazer inferências reproduzíveis e válidas dos dados ao contexto dos mesmos." Isto nos leva aos seguintes elementos: uma **estrutura conceitual** que está composta por um conjunto de conceitos interrelacionados e são a base do que se deseja conhecer; os **dados** que constituem a matéria-prima do que se vai analisar, e o **contexto dos dados** que inclui as condições que rodeiam ou envolvem estes dados.

Todos estes elementos nos levam à idéia fundamental que são as **inferências**; é evidente que, para poder fazê-las, é necessário fazer uma construção teórica, que já existe no referencial desta tese, ao mesmo tempo há necessidade de estabelecer relações entre os dados e seu contexto, bem como ter pontos de apoio que são propiciados pelas categorias que formaram o roteiro de entrevista e cuja fundamentação e desdobramento produziram as médias, freqüências e complementos já discutidos nos capítulos anteriores.

Na verdade, o nosso trabalho, em parte, tem um sentido **semântico**, já que tenta ler melhor afirmações e resumos e como estes se encontram nas entrevistas realizadas. Por outro lado, a preocupação esteve focalizada, ao fazer a leitura, em realizar inferências que nos possibilitassem um conhecimento um pouco melhor de traços psico-sociais e educacionais de pessoas e grupos, para conhecer opiniões, interesses e valores, bem como as mudanças, possivelmente, que eles tiveram através do tempo.

Para visualizarmos melhor o como procedemos, colocamos aqui, a seguir:

#### BASES PARA O ESTUDO DAS ENTREVISTAS

##### I. DINÂMICA

- . **horizontalidade:** reconhecimento e análise da formação médica, sentido da Medicina e desempenhos médicos: realidade e prospectiva.
- . **verticalidade:** aprofundamento nos temas **conversados**, suas raízes e situação atual.
- . **generalização:** opiniões coincidentes entre as entrevistas e sua possível caracterização.
- . **individualização:** posicionamento e significação pessoal e social das pessoas entrevistadas.

##### II. CONTEÚDO

- . **estrutura conceitual:** referencial ideacional e prático sobre a Educação Médica, seus componentes, a Medicina e seu sentido ético e social.
- . **dados:** respostas proferidas e registradas sobre os temas emanados da estrutura conceitual.
- . **contexto de dados:** ênfase nas respostas aos temas abordados.

Assim temos:

- temas 1,2,3 e 4 — Formação Médica (Curso de Medicina).
- temas 5,6 e 7 — Medicina: sentido ético e social.
- tema 8 — Vida Adulta.
- temas 9 e 10 — Dados complementares.

No quadro síntese A (Entrevista UFRGS) aparecem as afirmações e resumos que a seguir iremos comentar. Queremos dizer que, tanto na horizontalidade como na estrutura conceitual, nos mantivemos fiéis, entrevistado e entrevistador, à temática da formação médica, do sentido da Medicina e, em uma abrangência estrutural, à Educação Médica. A seguir, aproveitaremos os dados para descrever a verticalidade da entrevista e contextualizar estes dados, por isto analisaremos os temas 1, 2, 3 e 4.

No tema 1 (aluno), o entrevistado salientou que, sobre a motivação do mesmo, a instituição tem pouco conhecimento, que pensa existir, já que parece existirem raras evasões e cancelamentos. Podemos inferir que existe uma carência de dados mais profundos sobre o alunado, seus sentimentos e valores. Também não há constatação de se conhecerem as opiniões dos alunos através de todo o curso.

Este desconhecimento parece ser o elo de uma cadeia de outros desconhecimentos, mesmo porque não se sabe como os alunos percebem o curso, já que eles o acham fragmentado. Afirma o entrevistado que, não existindo uma área central (faculdade propriamente dita), parece não haver possibilidade de formar uma identidade grupal.

Os alunos demonstram desgosto com a desvinculação entre o Ciclo Básico e os Clínicos, o que talvez redunde em um elo a mais do desconhecimento, com opiniões não tão corretas.

O nível de expectativa dos alunos parece estar ligado a uma aprendizagem ativa do que significa ser médico.

Parece que os alunos desejam modificações, expressas

através de integração, maior assistência nas atividades acadêmicas e reestruturação curricular. Cabe chamar a atenção, como inferência importante, que a opinião expressa pelo entrevistado se adequa completamente àquelas opiniões expressas pelos alunos e professores através do questionário.

No tema 2 (professor), temos uma visão realista sobre o que acontece, já que os docentes, segundo o entrevistado, colocam os seus interesses em primeiro lugar, em vez das necessidades da instituição. Por outro lado, a diferença que se estabelece entre os docentes do Ciclo Básico e os do Ciclo Clínico está na maior profissionalização dos primeiros (preocupados com ensino, pesquisa e extensão), em relação com os do Clínico. Podemos inferir que o papel de docente não está bem claro entre os professores e talvez não tenham interesse em tal clareza. Um dado alarmante é que, em uma Universidade como a UFRGS,  $\pm$  80% dos docentes do curso de Medicina não têm formação didático-pedagógica.

Além do mais, podemos inferir que o tema Educação parece não estar entre as preocupações destes docentes.

Sobre o relacionamento interpessoal, o entrevistado afirmou que não é bom, pelas razões que figuram no quadro, o que leva a um descontentamento, evidenciado com insistência pelos pesquisados.

As sugestões dadas pelos docentes também enfatizam a integração maior, entre os ciclos e a interdepartamental, bem como maiores recursos para as atividades desenvolvidas. Podemos inferir aqui que as condições de ensino parecem não ser suficientemente satisfatórias e isto poderia nos ajudar a entender que talvez os problemas dos docentes se centrem em



parte, no seu próprio contexto.

Sobre o tema 3 (melhor professor), o entrevistado se manifestou a favor de alguém com maior carga horária e dedicado às três atividades básicas (ensino, pesquisa e extensão) e localização geográfica única e específica (no mesmo local).

Podemos inferir; em que medida a carga horária é um elemento suficiente para a dedicação (?), ou os que têm a dedicação a cumprem por ter esta carga horária (?). Salientou também o entrevistado algo especialmente desejado por todos, um bom relacionamento com colegas e alunos, ser um modelo e tutor.

Idealmente falando, um modelo de identidade é fundamental para o desenvolvimento humano e na Vida Adulta adquire bastante sentido porque, de certa forma, os professores são **mentores**. Se pode inferir das respostas dadas que o melhor docente seria aquele que estivesse altamente comprometido, participasse ativamente nas suas atribuições e tivesse oportunidade de se dedicar integralmente às suas tarefas. Novamente foi focalizada a idéia de uma única localização geográfica para o professor.

Sobre o tema 4 (melhor aluno), foi salientado que seria aquele que cresce em cima das suas dúvidas, que se pode inferir ser uma pessoa que tem condições de se sentir desafiado com o conhecimento. De certa maneira se infere uma preocupação por um aluno consciente e capaz de reconhecer seu ritmo de aprendizagem, com gosto pelo estudo e um bom relacionamento. Interessante notar que as idéias de competência, cooperação, solidariedade foram bastante salientadas, ao mesmo tempo

sino, visando formar um melhor profissional, o que se infere, com forte sentido social e cultural, evitando propiciar a formação do que o próprio entrevistado reconheceu como **monstrinhos**, que poderia ser entendido como aquele que se considera extremamente diferente e superior.

Estes quatro temas propiciaram uma visão mais diretamente ligada à formação médica, o que é relevante se considerarmos que o desempenho profissional, em grande parte, depende de aquilo que é propiciado durante os anos de estudo. O entrevistado, com seu conhecimento de causa, nos clareou mais um pouco a temática em estudo.

Os temas 5,6 e 7 estão mais ligados à Medicina, seu sentido ético e social, o que consideramos condição básica para discutir uma melhor Educação Médica. Poderíamos até adiantar que estes temas servem como meta e documento do que acontece na Medicina.

No tema **melhor médico**, o entrevistado considerou o médico como integrado na comunidade, o que aqui inferimos como uma posição claramente social, reforçada pela idéia de agente de saúde e que tem uma formação humanística. É interessante recordar que a formação mais ampla do médico foi muito aceita pelos entrevistados em geral; considerou que é também aquele que entende as suas limitações e é prudente ao utilizar novidades. Por último salientou a necessidade de que as escolas de Medicina devem formar profissionais comprometidos com as mudanças sociais. Fica aqui bem claro que o médico não pode estar alienado do que acontece ao seu redor, deve participar das mudanças através de um trabalho comprometido e de uma atividade consciente na sua cultura.

Sobre o tema 6 (Responsabilidade Social), o entrevistado mostrou o mito de como a sociedade pensa que a faculdade pode formar profissionais competentes, idôneos e bem sucedidos. Isto revela que haveria necessidade de um conhecimento mais real do que a faculdade pode e deve fazer e, especialmente, ao que ela incumbe como instituição. Uma vez mais reiterou que o papel do médico deve acompanhar o desenvolvimento da sociedade, não sendo algo estático e, pelo que podemos entender, sagrado. Por outro lado, o médico deveria estar preparado para os seus serviços gerais, bem como nas diversas especialidades. Inferimos aqui que o entrevistado se preocupa com o tipo de médico que é necessário para uma sociedade em desenvolvimento como a nossa e por isto vê a necessidade de identificar e relacionar problemas mais comuns da população, nos locais onde surgem, com o que se infere que há uma preocupação bem claramente manifesta pela Atenção Primária em Saúde.

Sobre o papel da faculdade, reconhece que ela vem desempenhando basicamente o mesmo papel que há vinte anos atrás, do que podemos inferir não terem havido modificações substanciais no sentido curricular e na formação do médico propriamente dita.

No tema 7 (desempenhos médicos), reprisou que as condições básicas que devem ter os desempenhos médicos devam estar inteiramente ligadas a uma boa formação, ao compromisso social com o trabalho e acrescentando-se condições ambientais adequadas e rendimentos compatíveis.

Novamente o entrevistado salienta a sua visão social e crítica da Medicina, ao propiciar este tipo de resposta, que se completa quando descreve a necessidade de normas de

conduta moral, aplicadas no trato com os pacientes e acompanhada de virtudes como respeito, amizade, seriedade e franqueza.

Sobre o tema 8 (Personalidade Adulta), que se relaciona tanto com os temas 1,2,3 e 4 como 5,6 e 7, o entrevistado fez alguns esclarecimentos importantes: a criação de um Núcleo da Unidade, provavelmente, para o atendimento aos estudantes, diretamente ligado à direção da faculdade. Detectou características das diferentes fases da Vida Adulta nos estudantes: choque inicial, permanente tentativa de auto-afirmação, sentimentos de onipotência, onisciência, se sentindo muito culpado e cobrado, o que caracteriza os primórdios da Vida Adulta, especialmente nos primeiros anos de afirmação no estudo e no trabalho. Sobre os docentes, colocou uma progressiva maturidade em alguns deles, através do aprofundamento e menor nível de erro, em outras possibilidades de afirmação através do que o entrevistado denominou púlpito e platéia. Se infere de tudo isto a importância do desenvolvimento da personalidade nesta fase da vida, e as observações feitas poderão ser muito benéficas para uma educação que leve em conta o desenvolvimento da pessoa.

Finalmente, como complemento, além dos dados que figuram no quadro, foi salientada a importância de uma Educação Continuada e Educação para a Saúde, propiciados na própria faculdade.

No sentido de individualização, parece-nos que o entrevistado é extremamente realista, com uma visão bastante clara dos fatos e com forte ênfase social ante os problemas. cremos que seja um médico que, além da visão profissional e

administrativa, possui uma visão social de mudança e transformação (veja Quadro-Síntese na página seguinte).

Também na entrevista com o diretor da PUCRS (Quadro-síntese B) nos mantivemos dentro da horizontalidade prevista e da estrutura conceitual. Inicialmente podemos dizer que foi focada a **conversação**, por isto no tema 1 (aluno), através do estudo institucional, propiciado talvez pelas motivações dos alunos, houve mudanças que levaram a um novo currículo. Podemos inferir aqui que a instituição parece preocupar-se com o que os alunos sentem e pensam e tenta, através de mudanças, atender às suas necessidades.

O entrevistado manifestou a dificuldade de saber como os alunos percebem o curso de forma direta, se está tentando estabelecer um estudo do rendimento quantitativo para conhecer os desempenhos nas turmas do novo currículo.

Isto releva a dificuldade de obter dados de cunho mais qualitativo, o que talvez seja devido ao número elevado de alunos e a professores com muitas atividades.

Sobre as expectativas dos alunos a respeito do curso, houve manifestação de que o conhecimento que se está tendo, se está levando a efeito neste transcorrer de curso e que, de certa maneira, ajudaria a entender as percepções dos alunos através dos seus desempenhos, tanto como pessoa, quanto como futuros profissionais.

Parece evidente que os alunos tenham propiciado sugestões de mudança, porque o entrevistado manifestou que aportaram bastante para auxiliar na mudança curricular.

## QUADRO-SÍNTESE A: ENTREVISTA - UFRGS

1. ALUNO	2. PROFESSOR	3. MELHOR PROFESSOR	4. MELHOR ALUNO	5. MELHOR MÉDICO
<p>1. Nada objetivo ou direto, recepção alunos. Rara avaliação e cancelamento.</p> <p>2. Alunos acham curso fragmentado, não existe área central (faculdade em si para formar identidade) Desvinculação Básico/Clinico. Professores bons mas não cumprem.</p> <p>3. Aprender a fazer as atividades médicas em geral.</p> <p>4. Integração maior Ciclos, exposição precoce alunos na assistência, reestruturação completa e imediata do currículo, cumprimento atividades.</p>	<p>1. Interessados em solucionar seus problemas, o resto é encaminhado depois.</p> <p>2. Básico-maior profissionalização (pesquisa, extensão, maior tempo).</p> <p>3. Poucos fizeram PG (na Educação), pouquíssimos aplicam. Uns 80% não têm formação didático-pedagógica.</p> <p>4. Não é bom (fragmentação, pouca vivência prof.-aluno, sobrecarga assistência, sem intercâmbio).</p> <p>5. Integração Básico/Clinico, exposição precoce, laboratórios c/pesquisa do PG, integração interdepartamental, prédio completo.</p>	<p>1. Maior carga horária, dedicado ao ensino, pesquisa e extensão.</p> <p>2. Bom relacionamento c/colegas e alunos, modelo e tutor.</p> <p>3. Ele mesmo define seu papel como professor, DE com tempo integral geográfico, ser cientista e se comportar como tal, participar debates periódicos.</p> <p>4. Áreas físicas apropriadas, inovação no atendimento três áreas, novas alternativas ensino, evitar de "formar monstros".</p>	<p>1. Procura crescer em cima das dúvidas, segue seu ritmo, utiliza estímulos positivos e negativos, gosta de estudar, bom relacionamento.</p> <p>2. Competente, aplicado, estudioso, cooperativo, curioso, solidário, intelectual, respeitador.</p> <p>3. Áreas físicas apropriadas, inovação no atendimento três áreas, novas alternativas ensino, evitar de "formar monstros".</p>	<p>1. Integrado na comunidade, seja agente de saúde, estude, formação humanística, entenda suas limitações, nem primeiro nem último a utilizar novidades.</p> <p>2. Idem.</p> <p>3. Escolas de Medicina devem formar profissionais comprometidos com mudanças sociais, exerça atividades no mesmo local.</p>
6. RESPONSABILIDADE SOCIAL	7. DESEMPENHOS MÉDICOS	8. PERSONALIDADE ADULTA	9. COMPLEMENTAÇÃO A	10. COMPLEMENTAÇÃO B
<p>1. A sociedade pensa que facilidade tem poder mágico de formar profissionais competentes, idôneos e com sucesso.</p> <p>2. Em desenvolvimento com toda a sociedade: médico de cuidados gerais e diversas especialidades.</p> <p>3. Identificar e selecionar problemas mais comuns da população, no local do surgimento.</p> <p>4. Atua como há 20 anos, tenta ajudar a implantar o SUS.</p> <p>5. Formar pessoa, dotá-la de senso crítico, criador e solidário.</p>	<p>1. No mínimo boa formação, compromisso social c/trabalho, condições ambientais adequadas, ganho compatível.</p> <p>2. Normas conduta moral, deve ser aplicada a favor do paciente.</p> <p>3. Respeito, amizade, sinceridade, franqueza.</p> <p>4. Formando o profissional, com ética, aprofundamento na relação médico-paciente.</p>	<p>1. Aluno-Núcleo da Unidade para estudos: choque inicial, penamente tentativa de auto-afirmação, onipotência, onisciência, muito cobrado e culpado; professor: quer aprofundar, errar menos, púlpito e platéia.</p> <p>2. Alunos-Núcleo; outro problema é resolvido na área correspondente).</p> <p>3. Estruturas, integração ciclos, exposição precoce.</p> <p>4. Ensino-graduação, formar o generalista e especialista, aprimorar Educação Médica e Educação para a Saúde.</p>	<p>1. Alunos: 2 turmas de 60 ao ano</p> <p>2. Professores: ± 290</p> <p>3. Curso graduação, pós-graduação e extensão.</p>	<p>1. Cursos de Educação Continuada.</p> <p>2. Programa de Educação para a Saúde.</p>

há interesse em estudar o aluno mas o que, possivelmente, não é muito fácil, devido às razões já apontadas.

No tema 2 (professor), houve esclarecimento inicial de que a instituição está fortemente interessada na transformação do docente, por isto os departamentos trabalham com objetivos e os professores realizam cursos, ou de Especialização ou de Mestrado, na Faculdade de Educação da própria PUCRS. Nota-se, pois, que se está tentando levar avante a política da instituição, isto é, melhoria da qualidade de ensino.

Algumas questões foram respondidas, a seguir, de maneira mais evasiva, especialmente aquela que tenta detectar as diferenças entre os professores do Ciclo Básico e do Clínico, visto que a resposta foi colocada em termos de que "são grandezas diferentes, com bases diferentes para serem julgadas." Gostaríamos de questionar perguntando se não há possibilidade de entender o processo de formação como um valor superior a estas grandezas; se a resposta for positiva, a argumentação pode ser questionada, embora saibamos que em qualquer julgamento sempre há parâmetros diversos de análise, nos quais temos de nos por de acordo.

Também é bastante polêmica a resposta de que o conhecimento didático-pedagógico que os professores demonstram é difícil de avaliar e que deve ser avaliado pelo aluno, novamente aqui se ergue a dúvida sobre o relativismo do conhecimento e do desempenho e se nos ocorre uma questão: como se consegue chegar a níveis de excelência?

Sobre o relacionamento parece se constatar que ele tem os seus problemas, como ficou evidenciado nos questionários, o que faz sentido ao que respondeu o entrevistado. Quando dis-

se que "é bom, em princípio".

No tema 3 (melhor professor), se salientou o tipo ideal, que esteja em processo interativo com objetivos de ensino médico e que, ao mesmo tempo, possua uma série de qualidades, entre as quais se destaca a competência, tolerância, prontidão e a primeira resposta é sempre um sim. Podemos inferir que realmente este professor é também um modelo e que deve seguir aperfeiçoando, através das diferentes oportunidades profissionais e didático-pedagógicas.

Sobre o tema 4 (melhor aluno), o entrevistado deu uma resposta importante, dizendo que "não há como medir, seria aquele que chegasse a satisfazer seus próprios objetivos". Seguiu-se uma lista de qualidades, da qual se destacou "atuante no processo" e que reforça a idéia anterior. Reconhece o entrevistado a idéia de um currículo adequado, para preparar a este melhor aluno, se inclinando para uma formação sólida na área cognitiva. Podemos inferir que há uma valorização da autonomia e do conhecimento, elementos fundamentais no desenvolvimento de um profissional tão importante quanto o médico.

No tema 5 (melhor médico), que no contexto dos dados se preocupa com a Medicina no sentido ético e social, o entrevistado manifestou que seria aquele altamente profissionalizado, também afirmando a consciência do papel do médico e da sua pessoa na sociedade. Vemos aqui uma intenção abrangente e comunitária, onde o médico, através da sua competência, disponibilidade e amor à profissão, possa de fato realizar um trabalho de cunho social inovador.

Como sugestões, apontou a necessidade de melhorar-se a sociedade e, conseqüentemente, o ciclo da formação profis-



sional.

No tema 6 (Responsabilidade Social), evidenciou que a faculdade que dirige é reconhecida no país, com um papel amplo de formação humanística, se inferindo aqui o respeito ao marco referencial da instituição que, pelo seu cunho, se apresenta como humanístico, espiritual e religioso, o que marca também o papel do médico.

A Atenção Primária em Saúde é de suma importância e, para o Brasil, a Medicina é uma dialética inevitável, de acordo com o nível de progresso social. Acredita que a instituição pode ajudar na formação de um melhor médico através de uma formação global adequada.

No tema 7 (desempenhos médicos), o entrevistado citou novamente a competência, entre outras virtudes, como uma das condições básicas que devem de possuir os médicos, se manifestando favorável a uma ética em relação com a sociedade. Quanto aos princípios de devem orientar a relação médico-paciente, chamou a atenção de que há necessidade de que ambos reconheçam seus direitos e deveres.

Finalmente expressou a sua opinião de que a instituição pode auxiliar nos desempenhos médicos com princípios filosóficos e educacionais claros, procurando melhor desempenho profissional e ético. Se pode inferir, de tudo o que foi manifestado, que o entrevistado tem muito em claro a relação da pessoa com os seus desempenhos profissionais e a ajuda que a formação pode propiciar.

Estes três temas (5,6 e 7) se mostraram, nesta entrevista, extremamente coerentes com o que foi dito nos temas an-

teriores; há, sem dúvida, um salutar idealismo, marcado pelo quadro referencial da própria instituição.

Sobre o tema 8 (Personalidade Adulta), o entrevistado evidenciou as dificuldades de conhecimento sobre as pessoas, achou importante a tentativa de identificar os problemas de vida destas pessoas mas considerou difícil a sua resolução.

A consolidação da faculdade e as previsões de um ensino mais avançado foram colocados sobre o tema em análise, evidenciando novamente seu engajamento institucional e sua honestidade no que diz conhecer e desconhecer.

Se seguem dados complementares que podem ser vistos no próprio quadro-síntese. Cabe apenas salientar que o entrevistado chamou a atenção da necessidade de uma Educação Médica que visasse a formação dos mesmos, bem como fornecer a oportunidade de os professores realizarem cursos fora ou dentro da instituição.

Na individualização da pessoa entrevistada, podemos dizer que tem uma visão institucional ampla e assumida claramente. Parece preferir a constatação de fatos à emissão de opiniões, daí suas respostas serem, algumas, evasivas. Manifesta também uma dimensão gerencial, através da qual a responsabilidade de uma direção é trabalho de realização, fidelidade e compromisso (veja Quadro-Síntese na página seguinte).

Na entrevista com o diretor da FFFCMPA, se manteve a horizontalidade e a estrutura conceitual mas se abriu para perspectivas mais amplas, especialmente em uma visão humanista de cunho filosófico e se teve, assim, uma **conversação** marcada pelo profundo conhecimento da situação da Educação Médi-

QUADRO-SÍNTESE B: ENTREVISTA - PUCRS

TEMA	<p>1. ALUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estudo da visão da instituição levou a mudanças do currículo há 3 anos.</li> <li>Estudo rendimento quantitativo dos alunos das turmas do novo currículo.</li> <li>Contato só durante o curso.</li> <li>Trouxeram muitas coisas no currículo antigo que auxiliaram na mudança.</li> </ul>	<p>2. PROFESSOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atualmente os departamentos trabalham com objetivos e os professores realizam cursos na Educação.</li> <li>São grandes diferentes, com bases diferentes para serem julgados.</li> <li>É difícil de avaliar, deve ser avaliado pelo receptor (aluno).</li> <li>Muito bom, em princípio.</li> <li>Montando planos de avaliação, previstas reuniões sobre avaliação.</li> </ul>	<p>3. MELHOR PROFESSOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Que esteja em processo interativo com objetivos do ensino médico.</li> <li>Competência, presença, tolerância, doação, pronto servir, acessibilidade, a primeira resposta é sempre um sim.</li> <li>Fazer cursos sobre avaliar, administrar ensino, relação professor-aluno-administração.</li> </ul>	<p>4. MELHOR ALUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não há como medir, seria aquele que chegasse a satisfazer seus próprios objetivos.</li> <li>Pontual, presente, estudioso, atuante no processo.</li> <li>Currículo adequado para prepará-lo, formação sólida na área cognitiva e fundamentada em habilidades e técnicas.</li> </ul>	<p>5. MELHOR MÉDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Altamente profissionalizado, consciente do papel da profissão e dele próprio na sociedade.</li> <li>Competência, presença, disponibilidade, tolerância, doação, amor à profissão.</li> <li>Sugestões iniciam antes da faculdade, passam por muitas horas na sociedade, passa na faculdade e segue na profissionalização.</li> </ul>
RESPOSTAS	<p>6. RESPONSABILIDADE SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhecida no país, a sociedade não tem demonstrado restrições.</li> <li>Papel ultrapassa características de tecnologia profissional, se situa no referencial doutrinário filosófico, político e até místico.</li> <li>Tratar condições de saúde no primeiro escalão. Não é encarada prioritária na faculdade.</li> <li>Na dependência progresso social.</li> <li>Dando formação global adequada.</li> </ul>	<p>7. DESEMPENHOS MÉDICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Competência, disponibilidade, transparência propósitos nos atos, consciência papel que exerce e onde atua.</li> <li>Relação com a sociedade, consciência moral.</li> <li>Princípios éticos de ambos os lados (direitos e deveres).</li> <li>Princípios filosóficos e educacionais claros e buscando melhor desempenho profissional e ético.</li> </ul>	<p>8. PERSONALIDADE ADULTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aluno - 6 anos é difícil de- tectar o que mudou. Instituição - 15 anos é difícil avaliar.</li> <li>Sem problema identificado é difícil resolver.</li> <li>Consolidá-la como instituição na medicina.</li> <li>Faculdade estruturada, com graduação, pós-graduação e extensão, com planejamento, administração e avaliação contínua adequada à sociedade.</li> </ul>	<p>9. COMPLEMENTAR A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>74 alunos por ano</li> <li>223 professores</li> <li>Graduação, pós-graduação (especialização e residência), extensão (cursos).</li> </ul>	<p>10. COMPLEMENTAR B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Educação Médica: para a formação de médicos.</li> <li>Professor: oportunidade de cursos dentro e fora da instituição.</li> </ul>
RESPOSTAS					

ca e as transformações operadas na sociedade e na cultura nestes últimos anos.

Sobre os temas 1,2,3 e 4, de saída, podemos dizer que houve uma coerência crítica e analítica, na qual o entrevistado deu, de forma tranqüila, seu posicionamento e evidenciou seus valores. Relembrou que ao início da faculdade (tema 1, o aluno) havia mais participação e diálogo, especialmente no princípio do primeiro semestre, quando se constatava que os alunos pareciam motivados e, podemos inferir, que se sentiam partícipes de uma construção em comum.

Sobre como acredita que os alunos percebem o curso e esperam dele, o entrevistado respondeu que parecem ter uma visão deformada e não possuir idéias muito claras sobre o que seja a democratização da universidade. Podemos aqui inferir que isto talvez seja devido à carência que uma educação realmente política, onde todos participam e não apenas um pequeno grupo decide.

Parece-nos que os ideais do conhecimento e da democracia são os elos fundamentais para ter um aluno mais comprometido e atuante.

Sobre o tema 2 (professor), o entrevistado manifestou que, em geral, são bem formados e atribui isto à seleção inicial realizada, posteriormente nos concursos internos e, atualmente, à abertura de concursos públicos. Daqui se infere a necessidade, já posta em andamento, de que **o que é público**, tenha realmente tais características.

Sobre as diferenças dos professores do Ciclo Básico e Clínico, a resposta foi no sentido de alertar que há bons do-

centes em ambos os Ciclos e se pode inferir que as diferenças não seriam tão notórias, porque, em geral, os professores do Ciclo Básico também clinicam.

Esta resposta é importante, porque inferimos que a formação do médico, sendo um todo, proporciona a que as disciplinas básicas são elementos básicos para construir todas as outras disciplinas e atividades.

Sobre o conhecimento didático-pedagógico dos professores, manifestou que houve vários professores que cursaram especialização em Metodologia do Ensino Superior e outros cursos, mestrado ou doutorado, na própria instituição, na UFRGS, PUCRS e outras.

Sobre o relacionamento se infere que, pela resposta dada, estariam à disposição dos alunos, em geral, o que ajudaria precisamente na orientação pessoal e de tarefas acadêmicas.

Como sugestões de mudança, estariam as alterações curriculares em uma comissão paritária. Como podemos observar, pela resposta dada, os professores precisam de um maior preparo e parecem sentir os efeitos do tipo de currículo vigente.

Sobre o tema 3 (melhor professor), o entrevistado chamou a atenção de que as qualidades pessoais são decisivas e que provavelmente isto será o que norteia toda a ação renovadora.

Já na viabilização deste melhor professor, a avaliação curricular e suas repercussões têm muita importância, um

cas: teóricas, científicas e de Homem. Aqui se infere claramente o humanismo-existencial do entrevistado, que não adjetivou nem operacionalizou mas procurou salientar uma dimensão qualitativa no sentido de humano e pessoal.

Sobre o tema 4 (melhor aluno), referiu que seria aquela pessoa que, além de suas qualidades pessoais, pudesse selecionar, a partir dos seus professores, aspectos teóricos científicos e dimensões morais e éticas. Podemos novamente inferir que a idéia de humanização global culmina em um desejo de um médico melhor e que seja um modelo na sociedade.

Sobre o tema 5 (melhor médico), o entrevistado disse que as respostas poderiam ser tranqüilamente as mesmas dadas ao tema 4, conseqüentemente não há aqui necessidade de uma separação, porque, a rigor, um melhor aluno pode levar a um melhor médico, assim como a recíproca é verdadeira, desde que este melhor médico tenha condições também de ser um melhor professor.

Sobre o tema 6 (Responsabilidade Social), o entrevistado evidenciou, com orgulho, o papel da instituição que dirige, no cenário local e nacional, bem como a relevância dos seus formados, já vários têm ocupado cargos de relevância.

Para o diretor, a instituição vê o papel do médico em uma sociedade em desenvolvimento como incomensurável, isto porque o médico é um educador.

Sobre a Atenção Primária em Saúde, chamou a atenção sobre a Medicina Preventiva e Puericultura, do que se infere que a instituição tem verdadeiro interesse no trabalho comunitário, visto seja que a maioria dos seus formandos realiza o es-

tágio e a posterior residência na própria Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

A sagacidade das respostas se notou quando o entrevistado respondeu que o papel da faculdade é exatamente formar o médico, isto é, aquela pessoa que realmente possua as qualidades humanas de atendimento, dedicação e amor pelo seu semelhante, seja um multiplicador. Isto quer dizer que não adiantam discursos inflamados se a ação não é coerente e perseverante.

Sobre o tema 7 (desempenhos médicos), o entrevistado deu a entender a necessidade que a instituição tem de fazer um trabalho científico e sério, ressaltando os comportamentos exemplares médicos.

Para ele a ética deve ter um sentido humanista importante e até transcendente, já que a relação não é com coisas mas com pessoas (e nos lembrou muito de Martin Buber, especialmente na obra *Eu e Tu*).

Finalmente salientou que a solidariedade é a base da relação médico-paciente e que, como tal, deve ser incentivada, mesmo em uma formação científica profunda e séria.

Esta parte da entrevista foi, para nós, de um significado fundamental, porque, por trás do seu conteúdo, ficou bem clara a idéia de um desenvolvimento das qualidades humanas mais prementes e necessárias.

Sobre o tema 8 (Personalidade Adulta), o entrevistado chamou a atenção da abrangência das faixas do desenvolvimento humano, que vão desde o fim da Adolescência até princípios da  
velha - mostrando grande quantidade de comportamentos

desde a falta de preparo acadêmico, até exemplos de maior maturidade.

Os planos para o futuro foram salientados, de acordo com as expectativas da instituição. Os dados complementares estão no quadro-síntese, tendo sido ressaltados os cursos que serão prontamente iniciados (especializações, mestrado e doutorado).

Como individualização do entrevistado podemos dizer, como já alertamos, que se trata de pessoa com longa vivência médica e administrativa e que revela uma preocupação essencialmente humanista-existencial de cunho holístico, através da qual tenta **enxergar** a totalidade humana, nas suas limitações e nos seus problemas.

Nota-se também, uma preocupação pela solidariedade, como fundamental virtude do relacionamento humano e do trabalho com pessoas doentes, havendo, pois, todo um espírito de conhecimento social que apela para a singularidade e valores do ser **Homem** (veja quadro-síntese na página seguinte).

A partir de análise da entrevista com o CREMERS, entramos nas entrevistas com entidades profissionais que não estão ligadas diretamente ao ensino mas se preocupam com os problemas inerentes à classe médica, seus desempenhos, seus valores e ética profissional.

Cumpramos esclarecer que o CREMERS é o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, órgão estadual do Conselho Federal de Medicina, que regula a atividade médica no nosso estado.



## QUADRO-SÍNTESE C: ENTREVISTA - FFFCMPA

TEMA	1. ALUNO	2. PROFESSOR	3. MELHOR PROFESSOR	4. MELHOR ALUNO	5. MELHOR MÉDICO
RESPOSTAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>. A faculdade participava mais, havia mais diálogo no início do primeiro semestre - pareciam motivados.</li> <li>. Parecem ter visão deformada, não tem idéia do que é demonstração da universidade.</li> <li>. Idem.</li> <li>. Referem a isto que chamamos de a democratização (só que todos deveriam votar).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. De maneira geral são bem formados, houve seleção no início e depois concursos internos, agora são públicos.</li> <li>. Há bom nas duas, os da básica também clinicam.</li> <li>. Alguns professores fizeram curso MES e outros na UFRGS e PUQRS.</li> <li>. Em geral estão à disposição.</li> <li>. Alterações curriculares, comissão paritária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Qualidades pessoais são decisivas.</li> <li>. Idem.</li> <li>. Começando na avaliação do currículo e possíveis modificações; tem que ter qualidade técnica, científica e de Homem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Saísse com o que pode colher dos seus professores, em termos técnico-científicos, de moral e ética.</li> <li>. Idem.</li> <li>. Seria conseguir formar um melhor modelo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. As mesmas respostas dadas ao item 4.</li> </ul>
TEMA	6. RESPONSABILIDADE SOCIAL	7. DESEMPENHOS MÉDICOS	8. PERSONALIDADE ADULTA	9. COMPLEMENTAÇÃO A	10. COMPLEMENTAÇÃO B
RESPOSTAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Já se tentou... seria a segunda do estado. Vários ex-alunos ocupam postos importantes.</li> <li>. Incomensurável, há atividade educativa reconhecida por todos.</li> <li>. Uma atuação de Medicina Preventiva e até Puericultura.</li> <li>. Realmente formar o médico.</li> <li>. Indiretamente pelo desempenho e exemplo dos responsáveis pela educação do médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Faculdade deve dar parte científica e silencioso exemplo, os comportamentos médicos.</li> <li>. Puramente humanístico ou até transcendente, o fundamental é a relação com o outro.</li> <li>. Deveria ser a solidariedade, em sentido humanista-existencial.</li> <li>. Dando formação científica, o exemplo na palavra e na solidariedade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Final da Adolescência quase incompatível com a vida acadêmica, se nota nos representantes acadêmicos (no colegiado). Há professores com mais de 65 que dão bons exemplos.</li> <li>. Para professores - vários invertidos e equipamento - os reverte para o aluno.</li> <li>. Planos nos departamentos, aumento de vagas residentes, aumento de cursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Alunos: 88 por ano.</li> <li>. Professores ± 207.</li> <li>. Graduação, pós-graduação e extensão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Início 61, federalizada em 70/71, tem na sua menor fração a disciplina (a não o departamento).</li> <li>. Educação Médica: 2 Mestrados e Doutorado, Educação Médica Continuada e extensão.</li> </ul>

dade, há uma ênfase maior nos desempenhos médicos na sua realidade e perspectiva, conseqüentemente na estrutura conceitual a preocupação maior é a Medicina e seu sentido ético e social. O nosso entrevistado se manteve dentro desta dinâmica proposta e suas opiniões nos revelam a problemática em estudo, porém desde um ângulo muito mais focalizado na sociedade.

Sobre o tema 1 (aluno), esclareceu que não há preocupação direta com o que acontece nos anos de formação e mesmo não ser possível levantamentos específicos sobre esta matéria. O trabalho que se realiza é com os residentes, especialmente sobre Ética Médica, onde já podemos inferir que a formação do médico é muito mais vista através de seus **resultados** do que pelo conhecimento mais profundo do processo, porém o entrevistado opina que a maioria dos estudantes "está cru para a Medicina e o curso", com uma preocupação bastante grande de aprender na prática e desejando uma especialização precoce. Pelo que se infere, podemos sentir que o estudante não teria um conhecimento o suficientemente crítico e lhe faltaria consciência do que deveria ser mudado no seu curso.

Sobre o tema 2 (o professor), o entrevistado manifestou que, segundo sua opinião, a maioria dos docentes está preocupada em transmitir conhecimentos específicos, e não ética profissional. Por outro lado não tem condições de responder a respeito do conhecimento didático-pedagógico que os professores possuem.

Sobre a problemática do Ciclo Básico/Clínico, manifestou que o primeiro tem um sentido mais universal e que o segundo não parece ser assim. Detecta mudanças no relacionamento, que considera melhor e mais para o lado da orientação.

Como a preocupação maior do entrevistado é a Ética, a sua sugestão foi de que se melhore o ensino da mesma durante o curso.

Pelo que se depreende sobre este tema, os professores, em geral, teriam deficiências na sua atuação, que estariam mais focalizadas na carência de modelos de identidade e comportamentos éticos específicos.

Sobre o melhor professor (tema 3), ele chamou a atenção de que seria aquele com capacidade de orientação universal, unindo três polos de grande interesse: vida, ética e medicina. Ao mesmo, segundo o que nos coloca, as principais características deste melhor professor estariam em um conhecimento mais amplo que não eliminasse a orientação prática e, para viabilizar este melhor docente, sugeriu a realização de seminários, avaliação e auto-avaliação. Nota-se, aqui, uma idéia bem renovadora que consiste na avaliação sistemática, sem cair na limitação, no comodismo nem na estereotipia.

Sobre o tema 4 (o melhor aluno), o entrevistado alertou sobre a necessidade de possuir uma visão global da sociedade e do papel do médico no futuro. A isto uniu a necessidade de uma consciência do papel social, com dedicação ao aprendizado e um posicionamento crítico na realidade. Podemos inferir, através destas manifestações, que o aluno ideal pensado seria alguém que dirigisse seu próprio processo de aprendizagem e que, desde cedo, se desse conta da enorme responsabilidade que vai assumir como médico.

Uma recomendação muito oportuna foi feita, que exista um pré-curso, anterior à Medicina, com o sentido de esclarecer o que ele representa e o que acarreta para a vida pessoal

e convivência social.

Chamamos a atenção de que estes 4 temas foram examinados a partir de uma posição fora dos centros de formação e isto possui um valor bastante grande, já que nos apercebemos de que são ideários que parecem emanar muito mais da realidade que de uma idealização.

Sobre o tema 5 (melhor médico), o entrevistado continuou a insistir na visão social do papel, como Agente de Saúde, tudo, naturalmente, dentro da responsabilidade e dos princípios éticos. Como sugestões foram dadas: mudanças no curso de formação e depois da formação, conscientização cada vez mais aguda de sua responsabilidade direta.

Todas estas manifestações nos levam a compreender como o médico tem um significado fundamental ante a problemática da vida e da morte, da saúde e da doença, bem como a linha moral que representa, no sentido em que fez a sua escolha.

Sobre o tema 6 (Responsabilidade Social), o entrevistado manifestou a importância do Conselho que dirige, pelo sentido de ética e de defesa que representa, por isto o Conselho é uma salvaguarda dos melhores valores médicos. Enfatiza-se o sentido de cidadão (do médico), bem como a sua obrigação de difundir uma consciência de saúde na população. Alia-se a isto um trabalho de participação na transformação social, amplamente filiada às renovações democráticas.

Sobre o tema 7 (desempenhos médicos), o entrevistado falou sobre a necessidade de uma revisão, pelo próprio médico, de sua má formação, sobre a colocação como solucionador de problemas que não são diretamente dele e também a distritali-

zação que deveria haver no tipo de atendimento (como o é na Inglaterra). Para ele, a ética é fundamental e é uma proteção da sociedade até contra a má atuação do médico. Neste sentido se pode inferir que a preocupação fundamental foi oferecer uma série de problemáticas, como reflexão sobre os comportamentos do médico, evidenciando a necessidade de entender a dimensão social que os desempenhos deste profissional envolvem. Por isto não é estranho entender sua afirmativa, quando na relação médico-paciente, diz que "a auto-confiança de ambas as partes é fundamental", com o mínimo de interferência de terceiros.

Também ressaltou a necessidade de que o conselho tenha a responsabilidade de ver os desvios que acontecem no exercício da profissão e de denunciá-los. Confirmou uma vez mais o papel fundamentalmente ético do Conselho Regional de Medicina.

Sobre o tema 8 (Personalidade Adulta), o entrevistado confirmou que é muito muito difícil ter uma visão nítida sobre o que acontece com professores e alunos, nas suas diferentes fases da vida, conseqüentemente este aspecto ficou sem ser suficientemente esclarecido. Interessante é que, segundo ele, existe possibilidade de ajudar as pessoas promovendo discussões e mesmo chamando os colegas para orientação individual. Criticou a mudança da estrutura de saúde no país, com a conseqüente destruição do sistema anterior e, naturalmente, com uma inversão de valores. Este é um ponto fundamental na entrevista, já que é de todos nós sabido que o contexto, com suas variáveis, exerce uma influência extremamente poderosa sobre os comportamentos das pessoas e suas orientações vitais.

Nos temas complementares, além dos dados do quadro, há

uma perspectiva de participação em cursos de Educação Continuada, com a AMRIGS, em que o CREMERS propiciaria a sua contribuição com a ética. Planos estão sendo previstos com as faculdades, também na temática da ética médica.

No sentido de individualização, o entrevistado se evidenciou como uma pessoa extremamente preocupada com a dimensão humanística-ética, isto redonda em uma imagem de ser social com responsabilidades específicas, cujo compromisso fundamental se dá em ser um agente de saúde e em participar na sociedade na qual está engajado.

É impressionante notar como a preservação e o valor de um grupo humano residem não no seu poder mas no exercício da justiça, no serviço e, especialmente, na ética (veja quadro-síntese na página seguinte).

Na entrevista com o diretor do SIMERS, Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, que tem por objetivo defender a categoria nos seus interesses trabalhistas, com adesão espontânea, temos os seguintes comentários.

Sobre o tema 1 (aluno), o entrevistado manifestou que é difícil ver as motivações dos alunos, já que não lida com eles diretamente, a não ser em encontros (do tipo Semana Acadêmica). Acredita na necessidade de que se desenvolva um conhecimento maior sobre a inserção do médico na sociedade, já a partir da época de estudante.

Na sua opinião, os alunos percebem o curso de Medicina distanciado da realidade social o que, inferimos, representa um comentário crítico ao tipo de formação propiciado. Por outro lado, crê que os alunos esperam um **curso terminal** e sua

QUADRO-SÍNTESE D: ENTREVISTA - CREMERS

TEMA	<p>1. ALUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há tal tipo de levantamento. Há interesse na Ética Médica mais orientada para residentes.</li> <li>• Os estudantes estão crus para a Medicina e o curso. Nota-se que muitos não se aperceberam do curso.</li> <li>• Preocupação com o aprendizado para prática imediata e especialização precoce.</li> <li>• Falta consciência do que deve ser mudado.</li> </ul>	<p>2. PROFESSOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupados, segundo o que se detecta, em transmitir conhecimentos específicos e não ética profissional, ou com o exemplo pessoal.</li> <li>• Ciências Básicas: universalização. Ciências Médicas parece não ser assim.</li> <li>• Não há como responder.</li> <li>• Menos distanciamento: menos Magister e mais orientador.</li> <li>• Melhor ensino da ética durante o Curso.</li> </ul>	<p>3. MELHOR PROFESSOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com capacidade de orientação universal, Medicina, vida e ética.</li> <li>• Conhecimento universal sem perder orientação prática.</li> <li>• Realização de Seminários de auto-avaliação, avaliação do ensino médico e retroalimentação. Participação de todos.</li> </ul>	<p>4. MELHOR ALUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visão global da sociedade e de seu papel de médico no futuro (durante todo o curso de Medicina).</li> <li>• Consciência do papel social, dedicado ao aprendizado, posicionamento crítico na realidade.</li> <li>• Um pré-curso (Preparação anterior).</li> </ul>	<p>5. MELHOR MÉDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visão social do seu papel como agente de saúde, executando tarefas dentro dos princípios éticos.</li> <li>• Responsabilidade.</li> <li>• Mudanças no curso da formação e depois da formação, conscientização da sua responsabilidade direta.</li> </ul>
TEMA	<p>6. RESPONSABILIDADE SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudança em relação à imagem, revertendo a idéia de corporativismo e de proteção aos pares. Dimensão de acatamento na sociedade em geral.</li> <li>• O médico tem a mesma responsabilidade de todos os cidadãos.</li> <li>• Difundir uma consciência de saúde na população.</li> <li>• Participação na transformação social.</li> <li>• Participação em todas as formas de discussão.</li> </ul>	<p>7. DESEMPENHOS MÉDICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão sobre a sua má formação, colocação como solucionador de problemas que não são diretamente do médico, distritalização do atendimento.</li> <li>• A Ética é uma proteção da Sociedade mesmo contra a má atuação do médico.</li> <li>• Auto-confiança de ambas as partes, mínimo de interferência de terceiros.</li> <li>• Responsabilidade de ver os desvios e denunciar os mesmos.</li> </ul>	<p>8. PERSONALIDADE ADULTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há este retorno.</li> <li>• Promovendo discussões e chamando colegas para a orientação individual.</li> <li>• Dentro do momento de mudança política da estrutura de saúde do país não há clara anterior e inversão de valores.</li> <li>• Discussão com representantes do Governo e da Categoria sobre as modificações.</li> </ul>	<p>9. QUESTÕES COMPLEM. (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CREMERS é uma autarquia autônoma, sem subsídios. Foi criada por lei em 1957 e entrou em funcionamento no mesmo ano.</li> <li>• Modificações a partir de 1983. A partir de 1985 criação dos Conselhos de ética em qualquer local.</li> <li>• Tem 16.500 filiados e aproximadamente 12.500 em exercício.</li> </ul>	<p>10. QUESTÕES COMPLEM. (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocorrerão sessões ético-científicas, com a AMRIGS, que terá a parte científica e o CREMERS com a ética nos cursos de Educação Continuada.</li> <li>• Aconteceram várias reuniões no interior, com tema específico e consequente debate. Em estudo, trabalho conjunto com a Universidade</li> </ul>
RESPOSTAS	<p>RESPOSTAS</p>	<p>RESPOSTAS</p>	<p>RESPOSTAS</p>	<p>RESPOSTAS</p>	<p>RESPOSTAS</p>

sugestão, expressando o que os alunos pensam, é a mudança do currículo e a entrada no social precocemente. Temos aqui respostas bastante incisivas, no sentido de um preparo que talvez precisa ser melhorado ou até mudado.

Sobre o tema 2 (professor), foi colocado que os docentes não estão satisfeitos com a carreira universitária e que o magistério é visto como uma promoção social e pessoal, neste sentido podemos inferir que talvez a falta de preparo dos professores, que segundo o entrevistado parece ser em maioria auto-didata, seja um elemento impeditivo do crescimento docente, talvez pela carência de sensibilidade à prática do magistério. As diferenças detectadas entre os Ciclos Básico e Clínico são: no primeiro há uma preocupação com o ensino e pesquisa, no segundo com o atendimento. Considera também que, hoje, há um maior relacionamento entre os alunos e professores e que, para a melhora do trabalho docente, seria importante a diminuição de vagas nas faculdades e a redistribuição de turmas. Percebemos aqui também uma posição bem crítica, na qual parece existir uma reforma no processo de formação do médico, tanto no sentido estrutural quanto na dinâmica.

Sobre o tema 3 (melhor professor), a preocupação fundamental é que este seja vocacionado, desejando, antes de mais nada, ser professor. Como virtudes principais teria que ser um modelo, criador de curiosidade e orientador. Considerou também importante que as condições de trabalho mudassem, bem como a remuneração. Para ele é importante a Educação Continuada e o respeito ao magistério. Novamente o entrevistado manifesta uma perspectiva de reformulação, que precisamente se faz notar através de condições específicas contextuais e pessoais.



Sobre o tema 4 (melhor aluno), a preocupação fundamental é um aluno curioso, inquisidor mas não falsamente contestador. É importante que este aluno assuma compromissos desde o começo e os cumpra. Por outro lado achou importante que, desde o princípio, o acadêmico tenha atividades na comunidade, o que daria, segundo a sua percepção, uma nova dimensão à Educação Médica.

Estes quatro temas analisados possibilitaram uma visão crítica do preparo do médico, nas **entrelinhas** da entrevista podemos notar a não satisfação plena por este tipo de trabalho.

Sobre os temas 5,6 e 7, o entrevistado deu, no nosso entender, contribuições esclarecedoras. Inicialmente, o melhor médico (tema 5) seria aquele que apresentasse um comportamento ético impecável, fosse atualizado e competente, comprometido com o social e, o que é mais importante, sendo um melhor cidadão, apoiando e defendendo as associações de classe. O estar sempre atualizado é a melhor forma de viabilizar um melhor médico.

No tema 6 (Responsabilidade Social), considerou importante que o Sindicato é e seja visto com respeito pela sociedade e como autêntica força política, no sentido de não ser desmoralizado, pois a desmoralização diminui o poder. Ainda na sua percepção, o Sindicato deve ser livre e ter funções solucionadoras e resolutivas, com um papel denunciador contra a **corporação estado**. O importante seria que o Sindicato assumisse os seus deveres e defendesse a classe.

Sobre o tema 7 (desempenhos médicos), foi extremamente claro ao declarar que como condições básicas é necessária

a responsabilidade social. Inferimos, pois, que esta deveria orientar todo o trabalho do médico e levá-lo a desempenhos cada vez mais competentes e éticos.

Justamente por isto o ethos médico deve ser centrado no humano, com um grande respeito pela vida. Entra, pois, aqui uma visão específica de pessoa e sociedade, isto se nota na resposta sobre a relação médico-paciente que deve de ser de confiança e franqueza. É importante também salientar que o Sindicato está preocupado em auxiliar os médicos através de um trabalho permanente, corporativo e que isto deveria chegar a eles de uma forma mais rápida e competente.

No tema 8 (Personalidade Adulta), nos deparamos com um maior esclarecimento sobre a problemática de vida humana, especialmente nestes momentos, tendo manifestado que, através dos departamentos do sindicato, há estudos sobre as distintas fases do médico nas distintas fases da vida. Isto é muito importante porque, a rigor, a pessoa e a coletividade são o centro de qualquer processo e, ausente, não há sentido na ação humana.

Sobre o Adulto Jovem, o Sindicato luta para que tenha emprego (não sub-emprego) e ganhos justos, na Adultez Média, pelo direito ao trabalho e na Adultez Velha um estudo sobre a situação do aposentado e a valorização da pessoa. Neste sentido o entrevistado revelou ser um humanista-social, com uma preocupação do ser humano em suas necessidades e expressões.

As questões complementares 9 e 10 revelam dados (ver o quadro e entrevista), tendo ainda destacado que, embora não existindo uma Educação Médica específica no Sindicato, ele se preocupa com várias formas de Educação Continuada que envolvem

crescimento pessoal e condições adequadas de trabalho.

Gostaríamos ainda de comentar que a horizontalidade e a estrutura conceitual se mantiveram ricas e coerentes e, na individualização, destacamos que, na nossa percepção, o entrevistado se caracteriza por ter uma visão humanista-social, com forte sentido ético e profissional (veja quadro-síntese na página seguinte).

A última entrevista é a da AMRIGS, Associação Médica do Rio Grande do Sul, entidade de cunho associativo, que congrega estudantes de medicina e médicos, com adesão espontânea e com objetivos culturais gerais e de aperfeiçoamento na área médica.

Sobre o tema 1 (aluno), a entrevistada se manifestou no sentido de não se ter elementos para julgar as motivações dos alunos que realizam os cursos de medicina. Chamou a atenção de que, em contatos informais diretos com líderes estudantes consegue detectar níveis de insatisfação a respeito da formação médica, sendo que algumas outras lideranças pedem a complementação de seus estudos através de cursos e encontros. Neste sentido pode notar que os que desejam esta complementação estão preocupados no aperfeiçoamento, dando respostas às mudanças, o outro grupo é mais contestador e parece não estar processando adequadamente as suas propostas e, neste sentido, a contestação é apenas manifestação de sua insatisfação. Podemos inferir que, pelas respostas oferecidas, a entrevistada foi cuidadosa e evitou fazer julgamentos de algo em que não tinha completo domínio.

Sobre o tema 2 (professor), julgou também ser difícil avaliá-lo visto que a Associação não possui condições reais

QUADRO-SÍNTESE E ENTREVISTA - SIMERS

<p>TEMA</p>	<p>1. ALUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não diretamente. Observação na Semana Acadêmica. Inserção do Médico na Sociedade.</li> <li>• Na percepção dos alunos o Curriculo está distanciado da realidade social.</li> <li>• Esperam curso terminal.</li> <li>• Mudança de Currículo e entrada no social precoce.</li> </ul>	<p>2. PROFESSOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desgostosos com sua carreira universitária, o estatus do magistério é visto como ascensão social e profissional.</li> <li>• Nas ciências básicas ênfase no ensino e pesquisa. Nas clínicas decorrente do atendimento.</li> <li>• Auto-didatas.</li> <li>• Bom relacionamento.</li> <li>• Diminuição de vagas, redistribuição de turmas.</li> </ul>	<p>3. MELHOR PROFESSOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocacionado, querer ser professor antes que profissional.</li> <li>• Modelo, criador de curiosidade e orientador.</li> <li>• Boas condições de trabalho e remuneração. Estímulo à Educação Continuada, dedicação exclusiva e respeito à vocação do magistério.</li> </ul>	<p>4. MELHOR ALUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquisidor não contendedor.</li> <li>• Assumir compromissos viáveis e cumprí-los.</li> <li>• Viabilização com atividade extra-muros.</li> <li>• Redimensionamento da atividade pedagógica.</li> </ul>	<p>5. MELHOR MÉDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento ético impecável, atualizado e competente. Aproximação as associações de classe.</li> <li>• Melhor cidadão, interessado no contexto maior. Compromisso com a profissão.</li> <li>• Manter o médico sempre atualizado.</li> </ul>
<p>RESPOSTAS</p>	<p>6. RESPONSABILIDADE SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeito da sociedade e autêntica força política.</li> <li>• Papel de extrema importância apesar das rejeições. Desmoralização causa diminuição do poder.</li> <li>• Deverá ser auto-solucionativa e auto-resolutiva.</li> <li>• Papel denunciador contra a "corporação-estado".</li> <li>• Assumir visão corporativa e assumir deveres.</li> </ul>	<p>7. DESEMPENHOS MÉDICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De acordo com a responsabilidade social.</li> <li>• "Ethos" antropocêntrico e respeito pela vida humana.</li> <li>• Relação a dois. Confiança e linguagem franca e aberta.</li> <li>• Trabalho permanente na fração corporativa. Interessar os médicos pela corporação.</li> </ul>	<p>8. PERSONALIDADE ADULTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Através dos Departamentos do Sindicato há estudos sobre as distintas fases do médico (na sua profissão e vida).</li> <li>• Adulto Jovem: se luta para ganhos justos.</li> <li>• Adulto Médio: se luta pelo seu direito ao trabalho.</li> <li>• Adulto Velho: estuda a situação e valoriza a pessoa.</li> </ul>	<p>9. QUESTÕES COMPLEM. (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se originou em 1931 e teve sua carta sindical em 1938. Praticamente estadual. Sua criação foi feita para combater charlatanismo.</li> <li>• Estrutura do Sindicato: Análise.</li> <li>• Reforma de estatutos.</li> <li>• Preocupação com sua política geral.</li> <li>• 4.000 médicos sindicalizados.</li> </ul>	<p>10. QUESTÕES COMPLEM. (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há preocupação específica sobre Educação Médica. Mas se revela uma preocupação por plano de carreira, cargos e salários.</li> <li>• Anseios: Crescimento pessoal do médico. Projeção profissional (Educação Continuada).</li> <li>• Condições adequadas de trabalho.</li> </ul>
<p>RESPOSTAS</p>					

de processar esta análise, o mesmo acontecendo sobre as diferenças dos professores do Ciclo Básico e Clínico. Em suas manifestações também ficou evidenciado que o conhecimento didático-pedagógico dos docentes em Medicina **se vai fazendo**, na medida em que eles vão realizando suas atividades e de certa forma é intuitivo.

Como podemos inferir, a entrevistada confirmou, de maneira sincera, algo que já foi bastante salientado em toda a investigação: a necessidade de os docentes da Medicina terem um preparo didático-pedagógico mais aprofundado e significativo e, nos atreveríamos a dizer, de um conhecimento na área educacional mais realista e crítico.

Sobre o tema 3 (melhor professor), foi colocado que, antes de mais nada, partiria de um bom referencial de o que é um melhor médico, o que é bastante importante porque a idéia de um melhor médico funciona como um elemento motivador para aqueles que estão tentando se preparar para esta complexa profissão.

Entre as principais características do que seria este melhor professor, destacou: ético, humano e, entre outras, consciente. Como podemos perceber, há uma preponderância do sentido ético da profissão, o que oferece possibilidades para um melhor docente desenvolver um ato pedagógico, partindo de princípios morais daquilo que lhe é fundamental, no seu desempenho profissional. Nas sugestões de mudança, sugeriu a valorização da figura do professor e uma análise mais crítica do que representa a hierarquia no magistério. Podemos inferir que a preocupação básica estabelece a partir da idéia do **exemplo**, que é a procura de um médico melhor, como modelo para a reno-

Sobre o tema 4 (melhor aluno), a entrevistada colocou a preocupação na atividade do mesmo, envolvido com a sua formação e com a preocupação constante de ser um bom profissional no futuro. As principais características envolveram também a atividade, desde o interesse e curiosidade até a procura constante do conhecimento, expressada pelos adjetivos incomodador e furungador. Por outro lado, chama a atenção sobre a necessidade da contextualização que, sem dúvida, aponta o problema da origem do aluno, bem como a exigência deste dedicar-se integralmente ao seu curso. Considerou importante a boa formação anterior e isto talvez seja um dado que poderia ajudar em uma melhor educação médica, reconhecendo que o conhecimento não se reproduz de um momento para outro mas que tem um ritmo que depende de cada pessoa e das suas experiências vividas.

Como podemos notar, estes 4 temas foram também tratados desde uma perspectiva mais externa do que interna, isto é, de quem está vendo o médico em atuação e não em processo apenas de formação.

Sobre o tema 5 (melhor médico), para a entrevistada, é aquele que enxerga o paciente como um ser humano, o que revela um forte sentido ético, qualidade esta que é da maior importância e que adquire volume e significado na medida em que vai acompanhada de critérios de respeito e cientificidade.

Finalmente, há uma preocupação permanente com a avaliação do papel profissional é importante para viabilizar um melhor médico, bem como ganhos econômicos condizentes.

Sobre o tema 6 (Responsabilidade Social), a dirigente se manifestou sobre o sentido de que a instituição que dirige

resgatou a imagem de entidade séria. O papel do médico é visto como um **veículo** terapêutico e educativo, especialmente em sociedades em desenvolvimento. Sobre o significado de Atenção Primária em Saúde, ressaltou, de maneira bem profunda, que é o binômio entre profilaxia e os cuidados nas situações mais elementares da doença. Sobre o papel da Medicina no Brasil de hoje, destacou que é complexa a resposta, já que as expectativas que o **estado** cria, de livre acesso, não estão sendo levadas a efeito.

Tudo o que foi colocado nos leva a inferir que a entrevistada, e a instituição que dirige, está procurando resgatar uma dimensão de respeito e credibilidade que, sem dúvida, beneficiará a classe médica e isto se nota através do anseio de participar ativamente onde for necessário.

Sobre o tema 7 (desempenhos médicos), discutiu claramente os tipos de oportunidades de atendimento e as regras (nem sempre muito claras) que, de algum modo, são estabelecidas pelas condições deste atendimento e que, nem sempre são de responsabilidade só dos médicos. Esta opinião foi elucidativa pois, de certa forma, responde à problemática do atendimento a pessoas diferenciadas em locais diferenciados. Idealisticamente falando, se pode pensar que todos devem ter o mesmo atendimento, o que aliás é um direito mas infelizmente a realidade mostra que, devido ao gigantismo estatal, nem sempre atendimentos são feitos como deveria e não existem outros mecanismos, ainda, de pressão ou controle da qualidade do atendimento médico.

É ainda importante ressaltar que, para a entrevistada, o respeito é o sentido mais elevado da ética, que o médico po

de ter (e deve ter) e a relação médico-paciente deve se estabelecer em um contexto sabido e certo, propiciando uma relação tranqüila. Ainda sobre os desempenhos, a AMRIGS pretende ajudar mais, participando, discutindo e, principalmente, realizando análise crítica.

Sobre o tema 8 (Personalidade Adulta), também ressaltou as fases da vida, diferentes nestes momentos existenciais, colocando que o Adulto Jovem é o residente, o médico que inicia; o Adulto Médio é aquele já em plena atividade e tentando manter o seu estatus e o Adulto Velho colocado muito oportunamente como um **sobrevivente**, cujo esforço e trabalho merecem até as distinções de medalhas do Mérito Médico, recentemente criadas.

Considera que a instituição pode ajudar as pessoas através do que já realiza: exame AMRIGS, auxílio-doença, cursos diversos e suas reuniões.

As preocupações básicas estão em tudo o que acontece no campo médico e um dos principais planos é a imediata mudança para a sede nova e aumento do número de sócios.

Os complementos podem ser vistos no quadro-síntese, se ressaltando o PEC (Plano de Educação Continuada) e o PAC (Plano de Atualização Continuada), já em pleno e muito bom funcionamento .

Cabe chamar a atenção de que a horizontalidade e a estrutura conceitual foram altamente respeitadas, em termos de individualização a entrevistada revelou uma dimensão humanística bem profunda, um resguardo ético marcante para com a classe médica e uma grande preocupação institucional, com um sen-



QUADRO-SÍNTESE F: ENTREVISTA - AMRIGS

<p>TEMA</p>	<p>1. ALUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem elementos para julgar.</li> <li>• Contatos diretos: de liderança, de complementação - os dois mostram insatisfação com status quo.</li> <li>• Não existe direta (só informal).</li> <li>• Complementação - menos diretivo nas mudanças; consultador: sem processamento das suas propostas.</li> </ul>	<p>2. PROFESSOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não dá para avaliar professor, se faz análise final através do exame AMRIGS (só áreas).</li> <li>• Sem elementos diretos.</li> <li>• Professores-médicos que exercem magistério às vezes de forma intuitiva, vão se fazendo.</li> <li>• Não há como detectar diretamente.</li> <li>• Professores preocupados c/análise crítica do momento e a fidelidade, buscam reavaliação, nem todos concordam em revisão currículo.</li> </ul>	<p>3. MELHOR PROFESSOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seria o ideal? - aquele que no dia-a-dia estabelece um bom referencial do que é bom médico.</li> <li>• Ético, humano, respeitador do paciente, atualizado, consciente.</li> <li>• Sem uma seqüência hierárquica, valorização figura do professor.</li> </ul>	<p>4. MELHOR ALUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inteiramente envolvido com a expectativa de ser bom profissional amanhã.</li> <li>• Incomodador, interessado, furungador, voltado para seu curso.</li> <li>• Contexto social por trás, aluno que pudesse dedicar-se integralmente ao curso e boa formação anterior.</li> </ul>	<p>5. MELHOR MÉDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enxerga o paciente como ser humano (estrutura é secundária).</li> <li>• Ético, humano, respeitador, científico.</li> <li>• Preocupação permanente com avaliação do papel profissional, também o salário.</li> </ul>
<p>TEMA</p>	<p>6. RESPONSABILIDADE SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segunda gestão que busca resgate imagem como entidade séria.</li> <li>• Como veículo terapêutico e educador.</li> <li>• Binômio entre profilaxia e os cuidados nas situações mais elementares da doença.</li> <li>• Complexo responder: <u>estudo</u> cria expectativas de livre acesso e este não existe.</li> <li>• Sendo participativa em toda parte.</li> </ul>	<p>7. DESEMPENHOS MÉDICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições básicas-delineamento claro e honesto sistema de atendimento.</li> <li>• Respeito pelo paciente.</li> <li>• Relação tranqüila, cada um em contexto sabido e certo.</li> <li>• Participante, discutidor, fazendo análise e crítica.</li> </ul>	<p>8. PERSONALIDADE ADULTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto Jovem - o residente, Adulto Médio - médicos e Adulto Velho seria <u>sobrevente</u> (se criou a medalha do Mérito Mérito).</li> <li>• Exame AMRIGS, Auxílio-Doença, Cursos Atualização: PEC, PAC, da Mulher...</li> <li>• Tudo o que se perguntou e respondeu faz parte da <u>preocupação</u>.</li> <li>• Mudança para Centro AMRIGS, aumento número sócios.</li> </ul>	<p>9. COMPLEMENTO A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criada 1951</li> <li>• 8008 sócios, 6643 efetivos.</li> </ul>	<p>10. COMPLEMENTO B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para o professor nada, para aluno o Exame, para médico o FEC e o PAC.</li> </ul>

so de realidade extremamente desenvolvido (veja quadro-síntese F).

Cabe, ao finalizar esta **leitura** das entrevistas, ressaltar a importância que tiveram para o conhecimento (e **reconhecimento**) da temática em estudo bem como complementação dos dados, dos questionários, que já foram comentados.

Como generalização da dinâmica que estabelecemos, apontaríamos algumas constatações realizadas. As respostas dos três diretores das faculdades, embora tendo suas peculiaridades e diferenças, deixaram entrever que a problemática é analisada a partir de dentro para fora, principalmente, onde se ressalta os seguintes problemas: melhor preparo didático-pedagógico dos professores, com uma seleção melhor e condições de trabalho mais adequadas; aluno mais conhecedor da realidade universitária e das suas responsabilidades como estudantes, contribuir como agente ativo de sua própria formação; estrutura e desenvolvimento da formação, currículo ou em mudanças ou em estudo de mudança na procura de um melhor ensino e condições para um médico mais consciente e preocupado com a realidade social e sua responsabilidade pessoal; quadro referencial de idéias e valores que embasem a formação do médico, bem como o significado da Medicina através da responsabilidade e dos desempenhos médicos. Evidenciou-se também não se ter um conhecimento mais aprofundado de quem são os professores e os alunos como pessoas, enxergando-se mais o aspecto formal do desenvolvimento acadêmico, o que, cremos, está a prejudicar uma Educação Médica mais ampla e crítica.

Nas três entrevistas com os dirigentes das associações se pode constatar uma percepção da problemática que nos pareceu mais de fora para dentro, isto é, do médico em atua-

ção, revertendo para o que foi a sua formação. Um aspecto considerado fundamental foi o sentido que estes organismos propiciam em termos de Educação Médica, que são de cunho menos formal e com abrangência a problemáticas trabalhistas, éticas e pessoais. Houve também uma constatação bastante nítida do sentido social, isto é, a problemática vivida pelo médico nos seus desempenhos, que estão influidos pelo tipo de sistema de saúde levado a efeito pelo estado. Assim, as instituições são bem conscientes da problemática e tentam que a Medicina consiga ser qualitativamente competente, mesmo em condições precárias. É de se ressaltar a ênfase dada ao sentido ético, bem como a preocupação que transparece indiretamente sobre a melhor formação do médico.

Pelos dados aferidos, as associações analisadas parecem desenvolver um trabalho em conjunto, que zela pela figura do médico, o seu grupo profissional e, especialmente, sua responsabilidade social. Isto faz com que as entrevistas se interpenetrem e nos dêem a visão de um trabalho que se preocupa, como já dissemos, em manter princípios unitários de qualidade, mesmo nas diferenças.

Cabe ressaltar que a idéia de mudança apareceu em todos os entrevistados, que o desejo de um melhor médico, melhor preparado e mais competente, é um valor para todos e que o profissional de saúde é alguém que tem uma pesada responsabilidade, já que participa de dois papéis fundamentais: o profilático e o educador.

**CAPÍTULO 12**

**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS:**

**LEITURA CURRICULAR**

Este capítulo tem como objetivo fundamental uma leitura que denominamos de curricular e que tenta ver os objetivos, a listagem de disciplinas e o sistema de avaliação.

Naturalmente não se trata de um trabalho aprofundado, porque isto seria motivo para uma pesquisa em si, já que envolve uma grande quantidade de variáveis e significa posicionamentos decisórios que afetam a populações inteiras de profissionais. A preocupação que tivemos foi muito mais modesta, se focalizando em ver se os três cursos de medicina apresentam coincidências ou aspectos extremamente divergentes. Por outro lado, como houve, tanto nas respostas ao questionário quanto nas entrevistas, manifestações sobre o currículo e nem sempre elogiosas, nos atizou a curiosidade de saber, em uma leitura inicial, os motivos da não concordância e até das críticas.

Por isto gostaríamos de informar que o critério que seguimos foi o seguinte: em primeiro lugar, algumas considerações sobre currículo em sentido geral, a seguir, aspectos do currículo médico que, diga-se de passagem, sempre está sofrendo críticas, finalmente, o que consideramos leitura. As conclusões às quais chegamos nos servem muito mais como ponto de referência para entender as opiniões que já foram analisadas. Queremos deixar registrado, antes de mais nada, que não pretendemos e não fizemos julgamentos, porque evidentemente isto não correspondia ao nosso propósito e, além do mais, em se tratando de currículo, os dois aspectos citados são, na maior parte das vezes, incoerentes, perigosos e, o que é mais sério, parciais.

O tema currículo tem sido, na literatura educacional,

um dos mais polêmicos e nos quais nem sempre se chega a conclusões precisas. Por outro lado, inúmeras definições de currículo existem, de acordo com enfoques teóricos pedagógicos. Podemos entender que a análise de um currículo pressupõe também a análise de uma proposta educacional.

Mosquera (1988b, p.39), tratando sobre o tema, diz que:

*o ensino e o currículo, como a própria educação, são extremamente problemáticos e críticos, as opções que são tomadas e as práticas levadas a efeito não o são apenas a partir de objetivos determinados mas de múltiplos fatores que nem sempre são bem conhecidos. Por isto se requer uma discussão e colaboração dentro das instituições educativas para sua realização. É básico entender que a participação nos ideários e nas opções é fundamental para a construção de práticas abertas, em dimensões culturais e sociais razoavelmente claras e cuja especificidade depende do ambiente no qual a instituição se insere.*

Este autor salienta a importância de que o currículo seja algo trabalhado dentro da própria instituição e, evidentemente, entre todas as pessoas que dela participam. Isto já nos poderia levar a entender que os currículos não são simplesmente as grades de disciplinas nem apenas disposição de conteúdos por semestre, séries ou anos. O currículo, antes de mais nada, deve emanar de uma proposta educacional que se fundamenta em necessidades sociais específicas e que contemple uma dimensão ampla e prospectiva do conhecimento. Um outro aspecto também importante é que, para Mosquera, uma política de currículo deve partir de inquietações e expectativas básicas, por isto acredita o autor que uma epistemologia curricular é necessária, bem como o é uma visão clara da realidade.

Neste dimensionamento mais global, também se destacam

autores como Steinhouse (citado por Mosquera, 1988b, p.40), que textualmente disse que :

*um currículo, se realmente é valioso através dos materiais e critérios para levar a cabo o ensino, expressa toda uma visão do que é o conhecimento e uma concepção do processo da educação. Propicia um marco onde o professor pode desenvolver novas habilidades, relacionando-as com as concepções do conhecimento e da aprendizagem.*

Também o espanhol Zabalza (1987, p.28) chama a atenção para a idéia de currículo, quando coloca que é "todo o conjunto de ações desenvolvidas pela escola, para dar oportunidades de aprendizagem." Temos aqui uma dimensão bastante interessante, a qual envolve todo um sentido dinâmico do que expressa uma ação educativa mas, antes de mais nada, cabe chamar a atenção que, para poder desenvolver um currículo, é necessário ter conhecimento de um marco teórico geral que informe de quais são os valores específicos que se estão assumindo na instituição. Por outro lado, a instituição educacional, através dos seus cursos, é o espaço onde se desenvolve o currículo e este se apresenta, ao mesmo tempo, como um contínuo projeto de tomada de decisões que, evidentemente, deveriam estar localizadas em uma dinâmica pedagógica específica.

Alguns princípios, segundo Zabalza (1987, p.31), são fundamentais para conhecer melhor o currículo e entre eles se destacam:

- princípio de realidade: quer dizer, o que efetivamente está sendo feito, corresponde às necessidades e planejamento específico.
- princípio de racionalidade: que preconiza um trabalho eminentemente coerente e cujas partes correspondem às decisões

tomadas, a racionalidade aqui não apela necessariamente a um aspecto pragmático mas simplesmente se fundamenta na necessidade de uma certa ordenação que tenha significado e que se mostre eficaz.

- princípio de socialidade: este significa que todas as decisões devem ser socializadas e devem ser aceitas por todos aqueles que participam do currículo e, como podemos observar, é um princípio extremamente importante mas dificilmente levado a efeito e talvez seja oportuno indagar se não estaria residindo aqui, em parte, o desgosto manifestado pela carência ou de mais profundo conhecimento, ou de falta de participação.
- princípio de intencionalidade: onde manifesta o autor que, pelo mínimo no ensino formal, um currículo deve de ter princípios e objetivos bem claros, cuja correspondência deve estar integrada a formas de conhecimento e a métodos e técnicas que possibilitem a sua execução.

Claro está que estes princípios não são aspectos fechados e podem funcionar como guias e, não necessariamente, como **armaduras**.

Na Educação Médica, tem sido amplamente reconhecido o tema do currículo como um dos mais importantes e significativos e isto porque parece existir a consciência de que o preparo do médico cada vez deve exigir mais uma reflexão crítica do que só praticamente as fórmulas já consagradas.

Neste sentido, a OPAS (1985), em interessante estudo intitulado Marco de Referência para o desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e no Caribe, destaca diversos tópicos que envolvem o problema curricular, fatores culturais,



e situação da formação do médico nesta parte do mundo.

Por isto, de saída se reconhece a importância da formação no primeiro e no segundo graus, influencia nos aspectos quantitativos e qualitativos da formação do médico.

Nesta investigação pudemos perceber que, na maior parte da amostra estudada, as experiências educacionais parece que tiveram uma significativa influência sobre o tipo de escolha profissional, embora devamos recordar que este tema não foi tratado diretamente.

Por outro lado, aspectos como o tipo de currículo, o comportamento docente e outras formas de agir têm sua influência sobre o médico em formação, bem como os médicos são vistos na sociedade e são apreciados ou não na sua cultura. Isto também foi por nós indiretamente entrevistado, quando questionamos sobre o aspecto de repercussão social das faculdades ou associações cujos representantes nos deram depoimento.

Sabemos que, apesar de tudo, o médico goza de um razoável prestígio e que esta profissão segue sendo ainda bastante almejada.

O relatório da OPAS analisado também chama a atenção a respeito das mudanças das universidades, bem como o aumento nas vagas universitárias e isto parece também ter contribuído para a problemática curricular, já que muitas vezes as modificações foram mais aparentes do que reais, ou não suficientemente compreendidas e efetivamente levadas a efeito. Ainda existe concordância no sentido de que o aumento das vagas parece ter tido um **efeito negativo** sobre a qualidade da formação, já que um número elevado de acadêmicos terá menos chance

de um atendimento melhor que um número menor teria. Conseqüentemente, o problema da demanda é algo que está a afetar o currículo na formação do médico, porque qualquer tipo de decisão que se tome vai incidir sobre um grupo bem mais numeroso e com expectativas as mais variadas.

A OPAS dá algumas recomendações que consideramos importantes citar nestes momentos, já que elas podem ajudar para um currículo mais aberto e, quem sabe, uma formação médica mais voltada para a problemática dos nossos países. A primeira é que a formação de recursos humanos para a saúde tenha um forte apoio das autoridades dos respectivos países e que isto esteja em consonância com os planos nacionais de saúde e as políticas estabelecidas em cada um dos países que se propõe formar os seus médicos.

Em segundo lugar, que se deverá ter um maior respeito pelas instituições de educação superior, no sentido de que elas efetivamente façam uma análise crítica do seu desempenho e da contribuição que possam dar para a melhoria da formação do pessoal da saúde. Portanto a Educação Médica deve estar em consonância com as diretrizes de uma política de saúde de um país, ajudando a um futuro médico a ter uma visão mais ampla e crítica do seu próprio desempenho, bem como o que seu papel representa em culturas em desenvolvimento e com graves problemas econômicos e sociais.

Outra recomendação é que há necessidade de revisar a prática e atenção médicas, para que elas sejam mais adequadas e estejam mais ligadas a princípios de responsabilidade social e ética médica.

ter um conhecimento melhor sobre a sua necessidade de médicos e, assim, possibilita que as Faculdades de Medicina possuam uma real visão destas necessidades e consigam organizar-se no currículo de acordo com evidências e não como fantasias.

Isto naturalmente leva ao critério de que o crescimento das agências formadoras deve ser moderado e adequado às necessidades, para que a dinâmica do currículo e os recursos técnicos e humanos para a formação do médico sejam adequados e competentes.

O relatório acrescenta, especificamente sobre currículo, que não existe um modelo único curricular válido que possa ser recomendado a todas as instituições formadoras na América Latina. Entretanto, qualquer que seja o modelo curricular adotado, deverá ter uma base teórica coerente e estar fundamentado nos princípios pedagógicos válidos.

Um ponto que coincide com aquilo que Mosquera e Zabala assinalaram, é que, independentemente de qual seja o modelo curricular, toda instituição formadora deve determinar a concepção de saúde que aspira desenvolver nos seus alunos. Isto, cremos, representa a proposta educativa. Mas a OPAS vai mais longe, ao afirmar que a Educação Médica deverá permitir aos alunos uma visão integral de homem, em um nível biológico, psicológico e social e que esta percepção deverá estar presente e ser favorecida ao longo de todo o currículo e não ser simplesmente objeto de uma disciplina ou conjunto de disciplinas mas deveria de estar, esta idéia, integrada à contextualização do que representa ser um médico humano. Obviamente que a Organização ainda assinala a necessidade de ter bons docentes e de seleccioná-los adequadamente, ao mesmo tempo que

se preocupa pelo aperfeiçoamento dos mesmos e lhes oferece uma visão não somente profissional mas humanista e pedagógica.

Nos permitimos destacar, com certa ênfase, algumas destas recomendações e cabe perguntar se elas são, a rigor, conhecidas de todos os que formam médicos ou se apenas figuram como intenções que, na maior parte das vezes, parecem ser muito difíceis de executar.

Em época mais longínqua, se destaca o artigo de Marcondes (1978) sobre a visão crítica sobre os currículos das Faculdades de Medicina. Para este autor, há sete pecados capitais que deveriam de ser levados em conta na hora de analisar a problemática do currículo e, parece-nos, o emérito professor tem muita razão. Destaca que são eles:

1º - discrepância entre o marco conceptual e o marco estrutural: como aqui podemos ver, muitas vezes não se dá grande importância para aquilo que são os ideais ou a proposta pedagógica, que figura como algo muito importante mas que, na prática, não funciona porque não há integração entre as áreas do conhecimento e muitos docentes e alunos não discutem e nem sabem o que é este marco conceitual. Isto já nos leva a perguntar imediatamente se são de conhecimento de todos as propostas pedagógicas que as três faculdades em estudo parecem propiciar.

2º - Ausência de núcleo curricular: o que significa que todo currículo deve ter um conhecimento orgânico e principal, a partir do qual existam os apêndices que o completem. Deste modo, o que é denominado de núcleo, deve corresponder ao que é a proposta pedagógica ou, mais claramente

cina e de responsabilidade social. Quando isto não acontece, o currículo está centrado nos docentes e não nos alunos, menos ainda na proposta.

3º - Treinamento clínico somente no hospital de ensino: claro está que aqui já houve alterações mas parece ainda haver **restos** deste pecado, que cria, no acadêmico de Medicina, uma visão reduzida da prática e um sentido de realidade pobre e limitado. Naturalmente cabe chamar a atenção de que o médico precisaria aprender a lidar com vários locais e pessoas diversas, exigindo-se dele uma flexibilidade e melhor manejo de realidades sociais. Curiosamente, no nosso questionário, a questão que mais se referia a este tema teve opiniões bastante diversificadas.

4º - Internato mal estruturado = ensino-drama pobre: originalmente o autor usa por comparação a representação, em vivo, de comportamentos psicossociais que toma do psicodrama de Moreno. Assim considera que, quando o internato não estiver seriamente montado, as oportunidades de aprendizagem, nos alunos, serão muito pobres e limitadas. Por isto, a aprendizagem de papéis médicos não se faz apenas por imitação mas tem todo um sentido fundamentado em princípios de representação simbólica, que as pessoas aprendem e que são aplicados, na prática, ao mesmo tempo que se desenvolvem habilidades específicas. É de se supor que, quando as dimensões simbólicas não estão bem trabalhadas, parece adiantar bem pouco o uso de habilidades, isto porque uma habilidade não tem um sentido só de desempenho mas corresponde ao que, de fato, se incorporou simbolicamente.

- 5º - Carência de áreas verdes e excesso de áreas negras: isto sinteticamente quer dizer que existe pouca possibilidade de lazer ou de desdobramentos de atividades acadêmicas, o que pode sobrecarregar dramaticamente a todos os que participam da atividade curricular.
- 6º - Docente desajustado: para o autor é importante entender que os docentes não são, em si, o currículo mas são eles que o põe em prática e, conseqüentemente, muitos dos seus comportamentos afetam seriamente o andamento do próprio currículo e deste modo, por exemplo, um docente despreparado, tanto em conteúdo quanto em dimensionamento pedagógico, não consegue levar avante a socialização do conhecimento ou produção do mesmo, o que, de certa forma, afeta de maneira bastante clara, a formação de alunos e o sentido curricular. A isto ainda se pode unir o desinteresse do docente ou a sua carência de tempo. Por sinal Marcondes tem muita razão quando se apercebe do significado do professor, o que, por sinal, nesta pesquisa, foi fartamente confirmado nas expectativas de alunos e docentes, de que melhores professores são fundamentais para o sucesso de qualquer atividade didática bem sucedida.
- 7º - Discente desmotivado: é aquele que não partilhou do próprio currículo e que foi perdendo o seu interesse na medida em que as atividades foram se processando, ao mesmo tempo tem grande carga de **trabalho** e se sente impotente para um desempenho melhor.

Este temário de sete pecados capitais é bastante oportuno, coincidindo, em parte, com alguns dos achados desta investigação. Também gostaríamos de salientar o que Nunes (1980)

denomina de prioritário para formar os médicos, neste sentido ele salienta as necessidades nacionais e regionais, através de um conhecimento mais aprofundado e crítico. Sobre igual se preocuparam Francischetti et alii (1978), quando salientam a necessidade de conhecer a realidade brasileira, a constituição da universidade e a integração das escolas médicas no quadro geral universitário nacional.

O tema currículo também tem provocado alguns estudos na nossa realidade, levados a efeito por Maciel, Milano et Constant (1981, p.183), que destacam idéias muito importantes e significativas e que, de certa forma, concordam com aquilo que fomos analisando até agora. Mas há algo que nos chamou muito a atenção, neste artigo, quando os autores afirmam que:

*os conceitos, ideais e planos de vida dos alunos, no que diz respeito à sua própria formação, devem ser indagados, ponderados e, à luz dos dois outros pontos de vista, atendidos. De parte de alguns educadores médicos percebe-se a mal disfarçada tendência para encarar o aluno como uma espécie de matéria-prima, destinada à moldagem e polimento segundo um processo que não está em condições de discutir.*

Creemos que o nosso trabalho, de certa forma, corresponde a este objetivo ou ângulo da questão, de fato os autores também manifestam grande tirocínio quando dizem da necessidade de conhecer os problemas de atendimento da região e do país, bem como a filosofia e propósitos educacionais da faculdade mater.

Todos estes ideários são importantes, se consideramos as necessidades que temos de ter, de uma visão mais crítica do problema em si.

A seguir passaremos a expor os indicativos que nos levaram à leitura curricular mas antes cabe lembrar que, para realizar este trabalho, nos fundamentamos no artigo de Rosa et Joval Jr. (1981), sobre a organização curricular dos cursos de graduação em Medicina, bem como Montilva de Mendonza e Ripanti de García (1985), sobre um modelo de avaliação do plano de estudos das carreiras de Medicina e de Santos (1987, p.227), que coloca o exercício da profissão médica em termos do parecer 506/69 do CFE e a resolução 8 do CFE (p.235). Todos estes materiais serviram como subsídio para a leitura que consideramos ser tópica e com certa abrangência.

Cumpramos esclarecer que utilizamos como documentos norteadores o guia acadêmico da UFRGS, de 1989; o guia acadêmico da PUCRS, de 1989 e o Regimento Interno da FFFCMPA, fornecidos pelas respectivas secretarias dos cursos.

Utilizou-se a síntese, tanto referente aos objetivos, como no sistema de avaliação e, para efeito de melhor manejo, se organizou as tábuas curriculares em quadros.

Antes de passar propriamente a estes materiais, cabe chamar a atenção ao que a UFRGS, Faculdade de Medicina (1985, p. 9 e 10) propôs no seu Plano de Ação trienal 85/88:

*As Faculdades de Medicina não têm se preocupado com o tipo de médico que a nossa sociedade necessita. A formação médica tem seguido uma orientação tradicional, que envolve um elenco de disciplinas, cujo enfoque informativo predomina sobre o formativo, dando ênfase especial à identificação de problemas de doenças crônicas com a utilização de tecnologia e de conhecimentos científicos oriundos de outros centros, em detrimento das unidades primárias e secundárias de saúde das universidades.*



Em um exame de consciência muito crítico se cita que:

*Em nossa faculdade, o relacionamento aluno-professor, durante o curso de graduação, se faz através de uma didática repetitiva e reprodutivista, preservando o que existe, com pouca ou nenhuma atitude crítica e renovadora. Com esta convivência rotineira, repetem-se os modismos da tecnologia médica, em detrimento de uma ação profissional dotada de senso crítico, criativo e solidário.*

Creemos que estes alertas são oportunos para refletir e, ao mesmo tempo, nos darmos conta do significado profundo que possui o currículo.

### **Objetivos e Processo de Avaliação da UFRGS**

Os objetivos e o processo de avaliação foram retirados do Guia Acadêmico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, catálogo do Curso de Medicina, de 1989.

#### **Objetivos do Curso de Medicina da UFRGS:**

- O curso de Medicina visa à formação do profissional generalista com conhecimento suficiente, habilidades e atitudes que o capacitem a promover e proteger a saúde, a diagnosticar, tratar e reabilitar pessoas e grupos com doenças que, por serem prioritárias para a elevação da saúde de uma determinada população, devem fazer parte do elenco de problemas de saúde.

- Visa a formar o médico capaz de atuar tanto com indivíduos quanto com famílias e populações de forma contínua e personalizada, proporcionando-lhes cuidados de saúde através de um atendimento integral dos problemas físicos psicológi-

cos (mentais) e sociais.

O processo de Avaliação, do Desempenho Acadêmico, sin  
teticamente, é o seguinte:

- por disciplina
- por freqüência às aulas e demais atividades, está re  
provado o aluno com menos de 75% de freqüência
- o professor avalia conforme o proposto no plano de  
ensino
- atribuição de conceito A, B ou C para aprovação, D  
para reprovação no desempenho acadêmico insatisfató  
rio e E por excesso de faltas
- há possibilidade de recuperação através de atividades  
específicas, previstas no plano de ensino.

## QUADRO-SÍNTESE G - TÁBUA CURRICULAR - UFRGS

M A T	8 4 5 6 2 2 4	BIOQUÍMICA CELULAR BIOFÍSICA CELULAR ANATOMIA HUMANA I HISTOLOGIA HUMANA I PRÁTICA DESPORTIVA I ESTUDO DE PROB. BRAS. I ACOMPANHAMENTO DE FAM. I	II	2 6 12 8 2 3 4	BIOQUÍMICA MÉDICA I FISIOLOGIA MÉDICA A ANATOMIA HUMANA II HISTOLOGIA HUMANA II PRÁTICA DESPORTIVA II INT. PSIQ. I VIDA HUM. I ACOMP. FAMÍLIA II	III	4 8 6 2 4 6 4 3	BIOQUÍMICA MÉDICA II FISIOLOGIA MÉDICA B GENÉTICA MÉDICA A EST. PROB. BRAS. II ACOMP. FAMÍLIA III METODOLOGIA CIENTÍFICA SÓCIO-ANTROP. DA SAÚDE INT. PSIC. II VIDA HUM. II
IV	6 4 6 8 4 4 3	MICROBIOLOGIA MÉDICA IMUNOLOGIA MÉDICA PARASITOLOGIA MÉDICA A PATOLOGIA MÉDICA GERAL DIAG. DE SAÚDE DA COM. SAÚDE DO TRABALHADOR INTROD. PSI. III INST. SOC.	V	4 20 8 3	FARMACO. MÉDICA I SIMIOLOGIA MÉDICA I ANAT. PAT. E FISIOPAT. INT. PSIQ. II REL. MÉD.-PAC.	VI	8 20 2 6	FARMACO. MÉDICA II INT. PRA. MÉD. I A-MED. INT. INT. P.M. I B; SESS. CLÍN.-PAT. INT. PRA. MÉD. I C-OFT.-OTOR.
VII	20 8 3 10	INT PRA MED II-CIR.GER. PRÁTICA HOSPITALAR-C MEDICINA LEGAL A INTR. PRÁT. MÉD. II-PSIQUI.	VIII	8 30	INT. P. MÉD.-III: PED. E PUER. INT. P. MÉD.-III: GIN-OBST.			
			IX	18 15 8	MED. AMBUL. ADULTOS MED. AMBUL. CRIANÇAS REABILITAÇÃO MÉDICA	X	30 30 30 30 30 30	CLÍNICA MÉDICA CIRURGIA PATOLOGIA MEDICINA COMUNITÁRIA OTORRINOLARINGOLOGIA OFTALMOLOGIA PSIQUIATRIA
XI	38 38 38 38	INTERNATO MED. INTERNA INTERNATO PEDIATRIA INTERNATO CIRURGIA GERAL INTERNATO GINECO-OBST.	XII	38 38 38 38	INTERNATO MED. INTERNA INTERNATO PEDIATRIA INTERNATO CIRURGIA GE. INTERNATO GINECO-OBST.	OPC.	4	OPCIONAIS

## Objetivos e Processo de Avaliação da PUCRS

Os objetivos e o processo de avaliação foram extraídos do Guia Acadêmico da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, catálogo de Cursos 3, onde está o Curso de Medicina, de 1989.

Os objetivos gerais do curso emanam do Marco Referencial da universidade:

- Pelo cultivo, no seio da comunidade universitária, dos valores expressos neste Marco Referencial, a PUCRS visa à promoção da cultura e à formação integral das pessoas que revelam:

- seriedade e competência profissional, constantemente atualizadas mediante a formação permanente;
- atitudes éticas, coerentes com os valores cristãos;
- liderança, comprometida com a evangelização da cultura;
- capacidade de percepção da realidade e sensibilidade às necessidades do outro e do bem comum;
- disponibilidade em servir, segundo o espírito evangélico;
- compromisso em criar uma sociedade mais justa e fraterna.

A avaliação escolar é, sinteticamente, realizada da seguinte forma:

- por disciplina
- por freqüência às aulas e atividades, está reprovado o aluno com menos de 75% de freqüência
- o professor tem a competência de avaliar e verifi-

car a freqüência

- atribuição de notas de zero a dez, com uma casa decimal, aprovação quando tiver média final (por disciplina) não inferior a 5
- há oportunidade de recuperação de notas, através de realização de provas: primeira época (G2) e época especial (G3).

QUADRO-SÍNTESE H - TÁBUA CURRICULAR - PUCRS

	2	CULTURA RELIGIOSA I
	2	FILOSOFIA I
N	8	ANATOMIA HUMANA I
Í	2	EMBRIOLOGIA MÉD.GERAL
V	3	HISTOLOGIA I
E	4	BIOFÍSICA I
L	4	BIOLOGIA MÉDICA
	2	CIRURGIA I
I	2	EPB I
	2	SOCIOLOGIA GERAL I

	2	CULTURA RELIGIOSA II
	2	FILOSOFIA II
	8	ANATOMIA HUMANA II
	2	HISTOLOGIA II
	4	BIOFÍSICA II
II	4	PARASITOLOGIA I
	4	MICROBIOLOGIA I
	4	GENÉT.APLICADA À MED.
	2	CIRURGIA II
	2	EDUCAÇÃO FÍSICA I
	2	EPB II
	2	SOCIOLOGIA GERAL II

	4	MICROBIOLOGIA II
	8	FISIOLOGIA HUMANA I
	2	IMUNOLOGIA BÁSICA
III	4	PARASITOLOGIA
	4	BIOQUÍMICA I
	5	PATOLOGIA I
	2	EDUCAÇÃO FÍSICA II

	8	FISIOLOGIA HUMANA II
	4	BIOQUÍMICA II
	5	PATOLOGIA I
IV	16	MEDICINA INTERNA I
	4	PSIQUIATRIA I
	10	FARMACOLOGIA E T.EXP.
	5	MEDICINA SOCIAL I
	2	MEDICINA SOCIAL II

	20	MEDICINA INTERNA II
	4	PSIQUIATRIA II
V	10	FARMACOLOGIA E T.EXP.
	5	MEDICINA SOCIAL I
	2	MEDICINA SOCIAL II

	6	PATOLOGIA II
	20	MEDICINA INTERNA III
VI	31	MEDICINA INTERNA IV
	18	PEDIATRIA I
	4	PSIQUIATRIA III
	3	CIRURGIA III

	6	PATOLOGIA II
	20	MEDICINA INTERNA III
VII	31	MEDICINA INTERNA IV
	18	PEDIATRIA I
	4	PSIQUIATRIA III
	3	CIRURGIA III

	4	PATOLOGIA IV
	2	CIRURGIA IV
	4	PEDIATRIA II
VIII	4	PSIQUIATRIA IV
	9	GINECO. E OBST. I
	5	PATOLOGIA III
	38	CIRURGIA V
	18	GINECO. E OBST. II

	4	PATOLOGIA IV
	2	CIRURGIA IV
	4	PEDIATRIA II
	4	PSIQUIATRIA IV
IX	9	GINECO. E OBST. I
	5	PATOLOGIA III
	38	CIRURGIA V
	18	GINECO. E OBST. II

X	20	ESTÁGIO
---	----	---------

XI	20	ESTÁGIO
----	----	---------

XII	20	ESTÁGIO
-----	----	---------

## Objetivos e Processo de Avaliação da FFFCMPA

Os presentes objetivos e processo de avaliação foram extraídos do Regimento Interno da Faculdade, fornecida pela sua Secretaria Geral, em janeiro de 1989.

Objetivos da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre:

- I - A formação de profissionais e especialistas de nível superior aptos ao exercício da medicina.
- II- A realização de pesquisas e o estímulo de atividades criadoras.
- III- A extensão do ensino e da pesquisa à comunidade mediante cursos e serviços especiais.
- IV- A realização de pesquisas e a divulgação científica e tecnológica, especialmente aplicáveis, em bases nacionais, à cito-oncologia.

A Avaliação do desempenho Escolar é, sinteticamente, realizada da seguinte forma:

- por disciplina
- por freqüência as aulas e demais atividades, está reprovado o aluno com menos de 75% de freqüência na disciplina
- o professor tem a competência de avaliar e verificar a freqüência
- três exercícios escolares por semestre
- atribuição de notas de zero a dez, com duas casas decimais
- há oportunidade de segunda prova ou atividade, se houver motivo justo de ausência

... com média final igual ou maior que cinco

## QUADRO-SÍNTESE I - TÁBUA CURRICULAR FFFCMPA

1ª	25	ANATOMIA
	12	BIOQUÍMICA
	14	CITOLOGIA E HISTOLOGIA
	4	EDUCAÇÃO FÍSICA I
	2	EMBRIOLOGIA
	4	ESTATÍSTICA MÉDICA
	2	ESTUDO DE PROBLEMAS BRAS.
	4	GENÉTICA E EVOLUÇÃO
	1	PSIQ. E PSICOL. MÉD. I

2ª	4	EDUC. FÍSICA II
	4	FARMACOLOGIA
	12	FISIOLOGIA E BIOFÍSICA
	4	MED. PREVENTIVA I
	10	MICRO. E VIROLOGIA
	10	PARASITO. E IMUNOLOGIA
	2	PATOLOGIA GERAL
	2	PSIQ. E PSICOL. MÉD. II
8	SEMILOGIA GERAL	

3ª	5	ANAT. PAT. ESP. I
	8	CARDIOLOGIA
	8	DOENÇAS INFEÇ. E PARASIT.
	6	DERMATOLOGIA
	6	ENDOCRINO. E NUTRO.
	8	FARMACOLOGIA CLÍNICA
	8	GASTROENTEROLOGIA
	2	HEMATOLOGIA
	2	IMUNOPATOLOGIA
	8	MEDICINA PREVENT. III
	6	NEFROLOGIA
	3	PSIQ. E PSICOL. MÉD III
	7	RADIO, RADIOTER. E MED. NUC.
	8	REUMATOLOGIA
6	TISIOPNEUMOLOGIA	

4ª	2	ANATOMIA PATOL. ESP. II
	8	ANESTESIOLOGIA
	5	ANGIOLOGIA
	12	CIRURGIA GERAL
	5	CIRURGIA PLÁSTICA
	5	CIRURGIA TORÁCICA
	4	DERMATOLOGIA MÉDICA
	4	MEDICINA LEGAL
	2	NEUROCIRURGIA
	8	NEUROLOGIA E NEUROPEDIA.
	2	NEUROPATHOLOGIA
	5	ORTOPEDIA E TRAUMATO.
	5	PROCTOLOGIA
	2	RADIO, RADIOTER. E MED. NUC. II
5	VIROLOGIA	

5ª	2	GENÉTICA CLÍNICA
	8	GINECOLOGIA
	8	OBSTETRÍCIA
	4	OFTALMOLOGIA
	4	OTORRINOLARINGOLOGIA
	8	PEDIATRIA
	8	PSIQUIATRIA
	8	PUERICULTURA

6ª	253	ESTÁGIO ROTAT. OBRIG.
----	-----	-----------------------

Sobre os objetivos dos cursos, podemos observar que dois são específicos, isto é, parecem emanar do próprio Curso de Medicina e apresentam um cunho geral, desdobrado em atividades específicas. Em ambos se percebe uma clara intenção social. O outro curso parece ter os seus objetivos do marco referencial da universidade, onde se salientam, entre outras, as virtudes da competência, de ética, da liderança e do compromisso com a sociedade, dentro de uma filosofia cristã de vida.

Sobre o sistema de avaliação, duas faculdades avaliam em forma de nota de 0 a 10, por disciplina, exigindo a presença do aluno em 75% ou mais de atividades e aulas e dando ao professor autonomia para realizar a avaliação, embora haja sugestão de atividades. Na outra faculdade, a diferença se dá por ser conceito e não nota, embora os demais requisitos sejam semelhantes às das duas faculdades. Os sistemas de recuperação de notas ou revisão das mesmas são, em cada faculdade, específicas. Cabe salientar que, evidentemente, a avaliação se fundamenta em conhecimentos teóricos e práticos.

Sobre a listagem curricular, deduzimos que as três faculdades respeitam a resolução 8 do Conselho Federal de Educação, que fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de Medicina (entre 5 e 9 anos).

Há duas faculdades que apresentam semelhanças nas suas disciplinas e seqüências, bem como um sentido mais tradicional de disposição curricular. A outra faculdade, aproveitando a amplitude da resolução, dispôs suas disciplinas em forma menos tradicional, dando maior oportunidade, inclusive de estudos opcionais em outras áreas da Universidade.



de maior amplitude, entre elas Filosofia e Sociologia, o que, provavelmente, possibilite uma amplitude maior de contextualização.

Pela leitura das tábuas curriculares, podemos perceber que matérias e disciplinas não apresentam a mesma denominação, o que induz a um desconhecimento, a simples vista, dos reais propósitos e conteúdos de estudo. Seria oportuno e necessário uma leitura das súmulas, bem como um estudo dos conteúdos, tanto descritiva e analítica, o que não foi, nestes momentos, o nosso propósito.

A este respeito remetemos para o quadro comparativo dos Cursos de Medicina que lemos (colocado no fim do capítulo).

Parece existir uma **mescla** de disciplinas do Ciclo Básico com as do Ciclo Clínico, tentando introduzir os alunos ao contato mais precoce e direto com a realidade, nas três faculdades, porém, pelo que pudemos detectar, isto é realizada de formas diversificadas.

Através da leitura não se consegue detectar um núcleo básico curricular, como, por exemplo, Estudo da Antropologia Médica ou História Social da Medicina, bem como não contém indicadores de como é feito o processo, por intermédio das disciplinas, de promover uma maior responsabilidade do médico em países em desenvolvimento.

Os três cursos apresentam ordenações curriculares diferentes, sendo que um deles condensa cinco séries em quatro anos, para poder realizar um internato de 2 anos (1 rotativo obrigatório). Em outra faculdade o internato é de ano e meio, sendo um ano rotativo obrigatório. Na terceira faculdade o in

ternato é de um ano, só que no semestre 10 já havia a possibilidade de se dirigir a duas das sete áreas oferecidas (tendendo também à especialização final).

Para complementar, sintetizamos os três cursos por crédito, número de disciplinas e divisão de séries e anos, em um quadro síntese das tábuas curriculares.

o encerrar esta leitura, gostaríamos de comentar que as três faculdades apresentam as suas peculiaridades mas são muito semelhantes. Evidentemente que maior quantidade de dados poderiam ser retirados se houvesse maior conhecimento, em profundidade, dos aspectos qualitativos do currículo, entretanto nos restaram alguns questionamentos:

- Em que medida a carência explícita de um núcleo curricular mais abrangente e, ao mesmo tempo, específico, sendo estudado, não traria um melhoramento para os currículos?
- A idéia de módulos de disciplinas, combinando teoria com prática, que repercussões traria para os estudantes e professores?
- De que forma as problemáticas sociais e culturais poderiam ser introduzidas mais explicitamente no currículo?
- A inter e transdisciplinariedade, como poderia ser explicitada nas tábuas curriculares?
- Quais são consideradas as disciplinas introdutórias ao curso, de forma holística (totalidade) e quais as disciplinas integradoras do desempenho médico?
- Que epistemologias médicas e teorias pedagógicas estão por trás do que lemos?
- Finalmente, o que realmente provoca tanta insatisfação nos estudantes de medicina e nos seus professores?

## QUADRO-SÍNTESE DAS TÁBUAS CURRICULARES

CRÉDITOS E NÚMERO DE DISCIPLINAS NO CURSO DE MEDICINA, POR FACULDADE, POR ANO/SEMESTRE

SÉRIE SEMESTRE CURSO	1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		6ª		TOTAL
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
UFRGS	41(7)	37(7)	37(8)	35(7)	35(4)	36(4)	41(4)	38(2)	41(3)	60(2)	76*	76*	557
PUCRS	31(10)	38(12)	29(7)	54(8)	41(5)	82(6)	82(6)	84(8)	84(8)	20*	20*	20*	358
FFFCMPA	(1ª) 68 (9)		(2ª) 56(9)		(3ª) 88(15)		(4ª) 74(15)		(5ª) 50(8)		(6ª) 253*		589

(\* Internato)

Entre parênteses está o número de disciplinas.

(OBS.: o internato da PUCRS tem 900h em cada semestre, sendo indicados apenas 20 créditos para cada, por isto o número menor final de créditos).

**CAPÍTULO 13**

**CONCLUSÕES GERAIS E RECOMENDAÇÕES  
PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA**

Ao chegarmos a esta parte do trabalho, nos apercebemos da necessidade de uma certa síntese de tudo aquilo que foi largamente comentado.

Scliar (1987) salienta que a saúde humana teve um longo percurso, que foi do mágico até alcançar o social. Hoje sabemos que, apesar dos grandes problemas, existe mais informação e também mais condições e cuidados para problemas de saúde. Neste sentido, nos apercebemos da necessidade de conhecer cada vez mais aquilo que compõe o social e que se revela através de um conjunto interrelacionado de opiniões organizadas, como manifesta Rokeach (1981), dizendo que por trás das opiniões existem os aspectos simbólicos que se estruturaram através de cognições e foram incentivados pelas expectativas.

Assim, cremos que é importante chamar a atenção de que a investigação narrada tentou um melhor conhecimento deste mundo social formado pelos estudantes e pelos médicos, que está a nos dizer, provavelmente, o que este importante segmento da população pensa ser sua tarefa e o significado que a mesma tem da cultura humana.

Orsi (1988), na sua tese de doutorado sobre atitudes e comportamento, chama a atenção de que as primeiras são o veículo para a segunda e que, talvez em futuro não muito distante, se consiga entender a mediação entre ambas. Cremos que esta posição do autor, que trabalhou com estudantes cursando o segundo grau, é bastante relevante, já que freqüentemente se emitem opiniões e o comportamento que se evidencia em outras oportunidades não corresponde às mesmas. Por isto, a coerência cognitiva e a expressão comportamental deveriam ser extremamente mais analisadas no momento em que, entre elas, podem a-

É evidente que a amostra de Orsi foi pequena, de 20 estudantes; e ao mesmo tempo lidou com secundaristas, orientados em diferentes ramos do IIº grau e provenientes de dois níveis sócio-econômicos, médio e médio-baixo. Entretanto o alerta do autor tem validade se nos apercebemos do quanto é necessária a mediação entre aquilo que expressamos como opiniões e o que realmente fazemos.

Estimulados pelo estudo que realizamos, talvez fosse importante dar continuidade a esta investigação através da observação de comportamentos médicos, não em desempenhos acadêmicos mas no pleno exercício da profissão, isto é, atendimento a clientes, trabalho em hospitais, postos de saúde e comunidades... Parece-nos que isto ampliaria o espectro de conhecimento do próprio médico, bem como teria um sentido mais dinâmico da compreensão social, porque, sem dúvida, o médico é uma pessoa sujeita aos impactos e agressões das contingências sociais e culturais. Neste sentido, cremos que é importante nos posicionar ante o conhecimento das opiniões, porque, sabidas estas, existem mais possibilidades de uma compreensão da ética e dos direitos humanos, bem como o incentivo dos mesmos através de uma ação educativa eficaz. Por sinal, o novo Código de Ética Médica, ao estabelecer seus diferentes artigos, coloca uma dimensão que acreditamos ser educativa, ao esclarecer qual deve de ser o comportamento do médico ante situações em que está envolvido como pessoa e profissional.

Também o prof. França (1989), no seu artigo sobre o primeiro Código de Ética Médica uruguaio, discute a necessidade de conhecer claramente certos valores para poder determinar que tipos de comportamento são mais relevantes e significati-

e aos pacientes como pessoas.

A Educação Médica, conseqüentemente, não se reduz simplesmente a uma série de normas, conhecimentos e habilidades mas transcende a seu âmbito no sentido de ter, no seu bojo, uma dinâmica antropológica e epistemológica que raramente é discutida com maior seriedade e, especialmente, honestidade. Este núcleo fundamental, cremos, ajuda a esclarecer melhor o como deveria de ser a educação de um médico, neste sentido, tanto a declaração de Edimburgo (1988) (vide anexo 28) sobre a Educação Médica, acontecida em agosto deste ano, como o encontro nacional da Associação Brasileira de Educação Médica, do mesmo ano, revelaram a necessidade de conhecer melhor a pessoa humana, em uma visão global, bem como promover a saúde para toda a população e reconhecer, na pessoa do médico, um legítimo educador social.

Após termos realizado a análise e discussão dos dados pormenorizadamente nos capítulos 9 e 10, chegamos às seguintes conclusões gerais.

No que diz respeito ao **seu curso de graduação:**

Houve uma concordância, entre os alunos e médicos, quanto à motivação ao ingressar no curso de Medicina; parece que, ao longo do curso, ela varia um pouco (pessoalmente e como grupo), tendo os médicos, talvez por já terem cursado a faculdade há mais tempo e refletirem mais nas respostas, dito que a motivação foi aproximadamente idêntica durante o curso.

Em termos de influências sobre a escolha do curso, se nota que houve dispersão nas respostas, indicando que as opiniões (e conseqüentemente as influências) não foram unânimes,

parece ter sido bem decisivo.

Se nota bastantes semelhanças entre as respostas de alunos e médicos quanto ao desconhecimento do currículo (em geral) do curso ao ingressar e isto, muito provavelmente, pode estar conduzindo (ao longo do tempo em que se realiza a faculdade) às alterações notadas enquanto à apreciação da significância e ligação das diversas disciplinas entre si, bem como a não quererem repetir (se fosse possível) o curso com as mesmas disciplinas e na mesma seqüência.

Também se deve destacar que o curso não satisfaz (satisfez) plenamente às suas expectativas e interesses, no entanto fica claro que concordam (em parte) que os conhecimentos adquiridos nas disciplinas básicas podem ser relevantes para as clínicas e cirúrgicas.

No que se refere aos **seus professores do curso de graduação:**

Houve uma discordância, em que os seus professores estão (estavam) muito bem capacitados, evidenciada entre os próprios professores, possivelmente porque alguns tenham sido convidados por serem excelentes profissionalmente mas (ainda) sem uma preparação didático-pedagógica no mesmo nível, indicado também nas respostas (até um pouco dispersas) de que a maioria dos professores não utiliza os mais variados materiais e meios em suas aulas e atividades.

Também se notou claramente que há algo que não funciona bem na relação interpessoal com seus alunos, consubstanciado no fato de que a maioria dos professores não se preocupa em auxiliar os alunos nas diversas tarefas, bem como em não



Detectou-se que parece haver uma relativa integração entre os conteúdos das disciplinas, que os professores não têm cuidado ao transmitir as informações (citações, analisar vários autores), o que pode até se traduzir em que os professores das disciplinas básicas tenham desempenho diferente dos das clínicas.

Quanto ao **melhor professor do curso de graduação:**

Fica claro que todos, médicos e alunos, desejam alguém mais próximo do **ideal**, que tenha uma boa cultura geral, com conhecimentos em outras áreas, além da sua, que realize um trânsito para a área da Educação, que não adianta só ter o conhecimento sem saber transmiti-lo adequadamente e que saiba estabelecer boas relações interpessoais.

Aqui foram conseguidas características, algumas semelhantes ou complementares, nos alunos e médicos: competente, honesto, justo, sociável, coerente, atualizado, democrático, organizado, paciente, responsável, versátil, vinculado à realidade, bom senso, carismático, orientador, ético, comprometido, bom colega.

Sugerem, entre outras coisas, que ele seja escolhido de forma idônea, por suas capacidades pessoais (afetivos, cognitivos, sociais), seu desenvolvimento cognitivo (conhecimentos e habilidades) e, especialmente, que deve estar vocacionado para o magistério. Também fica clara a necessidade do melhor preparo docente na área, em outras e na Educação, bem como incentivos para ele (melhorar imagem do magistério, remunerar adequadamente, incentivar a atualização e a carreira).

Sobre o **melhor médico:**

dico deve ter visão mais abrangente (conhecer outras áreas), aprofundar na área que atua (cursos), sem perder a visão geral (do paciente, da Medicina, do Social), não adiantando ter realizado só o curso de graduação para ser este melhor médico. Também fica claro que é necessário saber estabelecer boas relações interpessoais.

Como características, se destacaram: honesto, estudioso, pontual, afetivo, vocacionado, culto, compreensivo, humilde, seguro, preparado, lógico, ético, realista, competente, amigo, auto-crítico, capacidade inventiva, líder, sociável, inovador, responsável, comprometido, confiante, observador, participante e sentido comunitário.

Sugerem, entre outras idéias, que ele faça uma Educação Continuada (atualizações, cursos, congressos, reuniões), participe em associações de classe e em atividades voltadas para o social, a fim de valorizar a Medicina como uma profissão de ajuda, que haja integração na área e com outras, que seja modelo para si e demais, que tenha vocação. Também declararam que a educação (antes e durante a faculdade) deve melhorar (melhores modelos, em geral), ser mais comprometida com a realidade e comprometer este médico junto (que haja mais dignificação da profissão).

#### **Quanto à Responsabilidade Social:**

Fica clara a contribuição sobre uma visão mais social que deve existir na Medicina, especialmente na direção de prevenir, detectar e tratar precocemente e no local de origem (Atenção Primária em Saúde), para não sobrecarregar o setor terciário (hospitalar) e que nem sempre só o governo deve ser o responsável pela erradicação das doenças endêmicas e mais

comuns.

Não há uma certeza se o tipo de atendimento que se deve dar, no serviço público deve ser igual ao do particular, mas se tem mais claro que ir ao interior para ganhar dinheiro e voltar não é de agrado de todos. É imprescindível saber usar o bom senso.

#### Quanto ao **desempenho médico:**

Fica novamente claro que o médico deve conhecer bem o Código de Ética (isto desde o início da faculdade e não somente ao se formar ou depois), saber ser solidário (procurando outras orientações com colegas), bem como constantemente atualizar-se para melhor se desempenhar.

Nem sempre a boa apresentação significa bom desempenho, entretanto deve saber adequar o tipo de atendimento que presta à classe social (tipo de pessoa) do paciente, para isto pode até atender pessoas diferenciadas em locais diferenciados, mas nem todos concordam com isto (o atendimento, aparentemente, poderia ser o mesmo, independente do local, tipo de classe social da pessoa e tipo de atendimento).

#### Sobre a **Personalidade Adulta:**

Houve grande congruência nas respostas nesta parte, dando a entender que as pessoas vão amadurecendo com a idade (e o seu desempenho pessoal e profissional), há um claro crescimento pessoal, cada fase da vida é importante, sempre há muitas coisas para realizar e se viabiliza os planos propostos, sem deixar de haver uma clara preocupação com o que acontece no momento atual (bem informado).

Em continuação, colocamos as conclusões das entrevis-

tas em forma contrastativa, para perceber o que comentamos na leitura das mesmas no capítulo 11. Gostaríamos de alertar que, quando nos referimos às faculdades ou às associações, sabemos muito bem que foram os representantes destas instituições que deram sua opinião, sendo que lhes tínhamos solicitado responder de forma oficial. Cumpre ainda aclarar que, para fazer estas conclusões, seguimos os grandes temas em seus diferentes tópicos.

### **Sobre seu curso de graduação**

As três faculdades não têm idéia diretamente da motivação dos alunos, nem antes, nem durante a graduação. Indiretamente inferem pela baixa desistência e cancelamento, contatos informais e formais (Semana Acadêmica).

As três associações não têm interesse direto no assunto, visto que tratam dos formados e não dos alunos. Achem que pode haver diferentes motivações para os diferentes cursos, inferem através de encontros informais ou formais (Semana Acadêmica).

As três faculdades não têm idéia diretamente de como os alunos percebem o curso, inferem que não têm idéia do que é **democratização da universidade** (por seus comportamentos); carência de uma consciente **identidade** em uma das faculdades (por não ter local físico específico e único); reclamam da falta de assiduidade, pontualidade e descumprimento das atividades didático-pedagógicas; uma faculdade tenta visualizar através do acompanhamento acadêmico (notas) do rendimento.

As três associações não estudam diretamente a percepção, mas em contatos indiretos formais (Semana Acadêmica ou cursos) se nota a insatisfação com status quo, estão completamente **crus** para o curso e a Medicina.

As três faculdades não procuram saber diretamente o

tos muito mais pessoais informais ou lutas: querem **democratizar a universidade**, querem aprender a fazer.

As três associações não procuram saber diretamente o que os alunos esperam do curso, informalmente os alunos colocam que esperam um curso terminal, se nota que estão **crus**, passando pelo curso sem aperceber-se dele.

As três faculdades, apuram diferentemente sugestões, muitas vezes é sugerida a **completa** reformulação do currículo, como se isto só já **democratizasse**; em uma delas houve mais recentemente uma reformulação e parece que os alunos apontaram alguns dados relevantes, que foram discutidos e implementados.

As três associações também não apuram as sugestões diretamente, no entanto se ouve dos alunos várias sugestões; acreditam que não é verbalizado (se o é não parece ser com precisão e certeza) o que querem modificar.

### **Sobre seus professores do curso de graduação**

As três faculdades não colocaram como levantaram os dados sobre os professores, entretanto afirmam com muito mais convicção que os vêem bem formados, bem orientados, realizando cursos; que houve algum tipo de seleção e, talvez mais criticamente, que estão interessados em solucionar **seus** problemas e **montam o resto** em cima disto.

As três associações colocam que, pelo que conseguem detectar, parece que isto é feito informalmente (conversas) ou indiretamente (exames que medem o **produto final**), que os professores procuram transmitir conhecimentos específicos e não conhecimentos e exemplos de ética profissional, que pro-

curam estatus através do magistério.

As três faculdades têm a tendência a respaldar seus professores (são grandezas diferentes, com bases diferentes para serem julgadas; são muito bons porque clinicam e atuam na área básica; são mais profissionalizados porque têm mais tempo de dedicação e fazem pesquisa e extensão).

As três associações são mais cautelosas: não há elementos diretos, o Exame mede indiretamente; os das Básicas dão orientação universal e os das Ciências visão de especialidade; o ensino e pesquisa são **decorrentes** da assistência versus dedicação real ao ensino e pesquisa.

As três faculdades destacam que há muito pouca preparação e que não são muitos os professores que realizam especialização em Metodologia do Ensino Superior ou Mestrado ou Doutorado na Educação, em todas elas há a preocupação neste sentido e, de algum modo, se incentiva este preparo.

As três associações comentam que não há medição direta mas não têm dúvidas de que a maioria **vai se fazendo**, são auto-didatas e que os próprios cursos na área de Medicina (Mestrado e Doutorado) **não estão formando professores**.

As três faculdades relatam que o interrelacionamento: é muito bom; bom, em princípio e não é bom (muito decorrente dos tipos de pessoas, tanto alunos como professores e do tipo de atividades e, também, da relação número de alunos/professor e preparação do professor).

As três associações comentam que é difícil detectar o interrelacionamento, e que se deveria estar dentro da univer-

outro nas Clínicas).

As três faculdades são claras em que os professores querem algumas reformas curriculares, maior integração de conteúdos e atividades interdepartamental e intradepartamental; estão previstas reuniões sobre avaliação ou a formação de comissão paritária para estudar estas alterações.

As três associações também ressaltam que, pelo que lhes têm chegado, o professor quer algumas alterações: diminuição do número de formandos (em geral), melhor preparo dentro da Ética, atividades integradoras (dentro e fora da universidade), maior contato com a realidade, inclusive com o Sistema de Saúde nos seus diferentes níveis.

### **Sobre o melhor professor**

As três faculdades são bem diretas em seus comentários: dedicação, competência, atuante, atento para o social, servir de exemplo e modelo.

As três associações também são claras: vocacionado (mesmo), modelo e interrelacionador realidade / conhecimentos.

As três faculdades ressaltam como características: modelo e tutor, atuante, tolerante, justo, acessível, Humano (com maiúscula), competente.

As três associações colocam que deve ter amplo conhecimento (outras áreas), ser Modelo, criador de curiosidade, orientador, ter formação pedagógica, ética, humanidade e ser atualizado.

As três faculdades propõe sugestões para este melhor

professor: ele mesmo definir sua função social como professor, dedicado exclusivamente (tudo no mesmo local e o máximo de tempo), realizar cursos (várias áreas), ter qualidade teórica, científica e de Homem.

As três associações colocam que as instituições devem estimular o professor (a fazer **coisas**), que **todos** deveriam participar (congressos, seminários avaliadores), incentivar a maior dedicação, respeitar a vocação e a profissão, dar salários justos.

#### **Sobre o melhor aluno**

As três faculdades colocam que é o dedicado, cumpridor, que aproveita bem o que lhe é dado (tanto o positivo como o negativo), o que procura descobrir, o que tem bom inter-relacionamento. Isto só se verá no **produto**, depois de pronto.

As três associações comentam que é muito mais aquele que se preocupa com sua própria formação: inquisidor, assume compromissos, expectante do que vai enfrentar amanhã, com visão social.

As três faculdades destacam estas características: competente, aplicado, estudioso, cooperativo, intelectual, respeitador, pontual.

As três associações colocam que é: responsável, crítico, consciente socialmente, "incomodador e furungador", um pouco mais, inquisidor.

As três faculdades viabilizam este melhor aluno com: inserção precoce nos três níveis de atendimento, novas alter-



lhor modelo (de médico).

As três associações colocam que: deveria existir preparação prévia ao próprio curso de Medicina, atividades extramuros, professores-modelo, dedicação integral ao curso e com sólida formação anterior.

### **Sobre o melhor médico**

As três faculdades dizem que deve ser: altamente profissionalizado, consciente de seu papel, estudioso, com formação humanística, além de técnica, entenda suas limitações, moral e ético.

As três associações colocam que deve: ter visão social, do seu papel, ético, atualizado, **liberal** (independente da vinculação econômica) nos seus atos, competente, enxerga o paciente como um ser Humano, independente de local ou nível do atendimento e de quem atende (a estrutura é secundária ao atendimento), atuante (no sentido de ser associado a entidades de classe).

As três faculdades o caracterizam como: competente, integrado, humanista, técnico, tolerante, amor à profissão, moral, ético.

As três associações como: responsável, melhor cidadão, ético, humano, científico, respeitador.

As três faculdades propõem: formar profissionais comprometidos (social e pessoalmente), pensar no futuro, exercendo tudo no mesmo local, melhor formação anterior (social), na faculdade e depois, ser um melhor modelo.

As três associações colocam: mudanças antes e na formação médica, responsabilidade maior, atualização, avaliações do papel deste melhor médico (debates).

### **Sobre a Responsabilidade Social**

As faculdades dizem que a sociedade: acha que a instituição tem o **poder mágico** de formar profissionais competentes, idôneos e bem sucedidos na sociedade; é bem reconhecida e conceituada; está entre as melhores do estado e do país.

As três associações estão (todas) refazendo sua imagem perante a sociedade e têm tido um retorno bastante bom.

As três faculdades vêem o papel do médico nas sociedades em desenvolvimento como: um desenvolvimento junto com esta sociedade, formando-se dois tipos de médicos (de cuidados gerais e o especialista); como que ultrapassando o próprio profissional (vai ao filosófico, político, místico); com uma atividade educativa indiscutível.

As três associações vêem este médico: com a mesma responsabilidade de todo cidadão mas com posição crítica, como **veículo terapêutico e educador**.

Para as três faculdades, Atenção Primária em Saúde significa: identificar, selecionar e tratar problemas básicos de saúde onde eles surgem (no sul do país até existe).

Para as três associações: profilaxia e cuidados com situações elementares de doença, bem como educação para a população se preocupar com o que tira sua saúde.

O papel da Medicina atual, para as três faculdades: o

mesmo papel desde que surgiu, com a idéia de que a faculdade deve participar com o que acontece no país (SUS), servir de multiplicador, através do que aprendeu nela, para modificar o social.

As associações desejam: participar na transformação social, denunciar o errado, colocar prioridades, alertar sobre manipulações de informação e atuações distorcidas.

As faculdades se propõem a: formar a pessoa globalmente, pelo modelo e exemplo dos que educam (em todo local).

As associações: querem participar efetivamente e também exigir a participação da sociedade nas decisões que são tomadas (co-responsabilizar), bem como lutar pelos **direitos e deveres**.

### **Sobre os desempenhos médicos**

As faculdades desejam: realizar, no mínimo, uma boa formação, dotando o médico de competência, transparência nos atos, consciência moral, dar o silencioso exemplo e a ética.

As associações pretendem que se vejam clara e honestamente as funções de cada um na sociedade.

As três faculdades comentam que o sentido da Ética: está em normas de conduta baseadas nos princípios de moral, do relacionamento interpessoal, a relação com o social, a consciência moral na relação com o outro.

As três associações comentam que: é a proteção da sociedade (e não do médico), deve se dirigir em relação à vida (humana especialmente), que está no respeito pelo paciente.

As três faculdades destacam que a relação médico-paciente deve ter: respeito pelo paciente, amizade, sinceridade, franqueza, princípios éticos de ambos os lados (direitos e deveres), solidariedade, em sentido humanista-existencial.

As três associações comentam que: deve haver auto-confiança em ambos os lados, deveria visar cumprimento de tarefas (e não horário), deve se exercer tranqüilamente, em contexto sabido e certo e de acordo com ambas as partes.

As três faculdades podem ajudar: formando o profissional com conhecimento e atitudes éticas, através de princípios filosóficos e educacionais claros e sabendo colocar solidariedade.

As três associações com: trabalho corporativo (luta pelos direitos e deveres), detectando desvios e denunciando, participando e discutindo.

### **Sobre a Personalidade Adulta**

As três faculdades vêem professores e alunos: em fases da vida diferentes, com semelhanças e diferenças no seu desenvolvimento, até preocupados em proporcionar um auxílio (mais amplo).

As três associações vêem professores e alunos: com distintas abordagens, o que dá exemplos diferentes e ricos (é uma visão de fora, comprometida com o social e o pessoal, bem como visão profissional).

As três faculdades podem ajudar: justamente montando serviços de auxílio (em geral e específicos), propiciando local e material para melhorias, concedendo tempo para cursos

As três associações promovem: Educação Médica continuada, esclarecimentos, discussões, reuniões, reivindicações, avaliações (exames) e cursos.

As faculdades estão preocupadas com: problemas de rápida solução (locais apropriados, mudanças nas estruturas, avaliação e auto-avaliação); o ano orçamentário e as despesas, os novos cursos; com a consolidação da instituição.

As associações estão: com a situação (em geral e em particularidades) do momento sócio-político-econômico atual; em ser mais atuantes.

Os planos das faculdades incluem: o melhorar o ensino na graduação, na pesquisa e na extensão, além da administração.

Nas associações: discussões a nível de estado (sobre a sistemática atual e futura da saúde) e fortalecimento e crescimento como entidade.

### **Questões complementares**

Nas faculdades: números próximos de entrada de alunos (77 e 74) em duas delas (através de ingresso anual), na outra 60+60 (ingresso semestral com vestibular anual); além de terem (com certas diferenças) cursos de aperfeiçoamento, extensão e pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).

Educação médica: formar alunos e formar seus professores (nas três existe), uma também com Educação Continuada a longo prazo (ao público médico em geral).

Nas associações: uma de caráter obrigatório (R\$12.500 fi

liados), caráter optativo ( $\pm$  4000 sindicalizados e  $\pm$  6000 associados), criados aproximadamente na mesma época (décadas de 30 a 50).

Voltados para o exercício profissional (ética); para assuntos de caráter trabalhista; para o aperfeiçoamento cultural e profissional.

Têm sedes próprias em locais definidos mas, ultimamente, têm agido juntas nos assuntos referentes aos médicos.

Como pudemos perceber, nos foi possibilitado um material muito rico para a análise, reflexão, crítica e mudança. É evidente que todos estes passos exigem estudo e profundidade, pois eles deverão ser guias para uma Educação Médica mais real e significativas mudanças nas concepções de saúde, pessoa e sociedade. Em princípio, chamou-nos muito a atenção que praticamente coincidem na necessidade de uma Medicina mais humana, de um preparo melhor do médico, de professor mais competente, de alunos mais autônomos e críticos, bem como responsabilidade e éticas pessoais e sociais mais humanas e mais respeitadas.

Assim, a Educação Médica nos surge através das opiniões (que foram analisadas criticamente para não cair na ingenuidade e na superficialidade salientadas por Thiollen de pessoas que estão vivendo a Vida Adulta, entendida aqui no enfoque de um humanismo-dialético (nas idéias propostas por Mosquera e Riegel), em interação contínua das suas pessoas com os problemas da vida e as situações sociais. Concluímos, inicialmente, que há necessidade de uma caminhada mais crítica, através de um **conhecimento posicionado**, como propõem Freire et Shor, para uma Medicina mais atuante e, fundamentalmente,

Acrescentamos as palavras de Mosquera (1989, p.11):

*o reconhecimento do sentido humano dos valores deve ser prioritária a interesses de grupos ou pessoas. Preservar a vida, a natureza, os direitos dos outros, não podem ser concessões mas devem de estar acima de aquilo que favorece a uma seleta minoria. Por isto é importante desenvolver, na prática, os seguintes níveis educacionais:*

- conhecimento
- estimacão ou apreciacão
- expressão
- criaçãõ.

Parece-nos que a Educaçãõ Mèdica poderia se fundamentar em ideários mais amplos e, especialmente, a partir do conhecimento do que as outras pessoas pensam, sentem e manifestam. É importante, sem dúvida, atender ao que Fülöp et Roemer (1987) dizem a respeito de um melhor funcionamento dos cursos de formaçãõ de pessoal da saúde. Eles oferecem uma série de recomendações práticas que, sem dúvida, ajudam a um melhor trabalho e desempenho mas parece que isto não é suficiente, já que as variáveis filosóficas, culturais, políticas e econômicas são de extrema relevância para modificações que deverão ir, desde de uma preparaçãõ pedagógica do professor de Medicina, como bem coloca Silva (1982), passando por uma escola médica comprometida com a qualidade da assistênciã prestada à populaçãõ, segundo o documento da Comissãõ de Ensino Médico do Ministério de Educaçãõ sobre o Ensino Médico: bases e diretrizes para sua reformulaçãõ (1986), até chegar a uma educaçãõ permanente em saúde, como apontam Llorenz (1986) e Vidal; Garaldo et Jouval Jr. (1986).

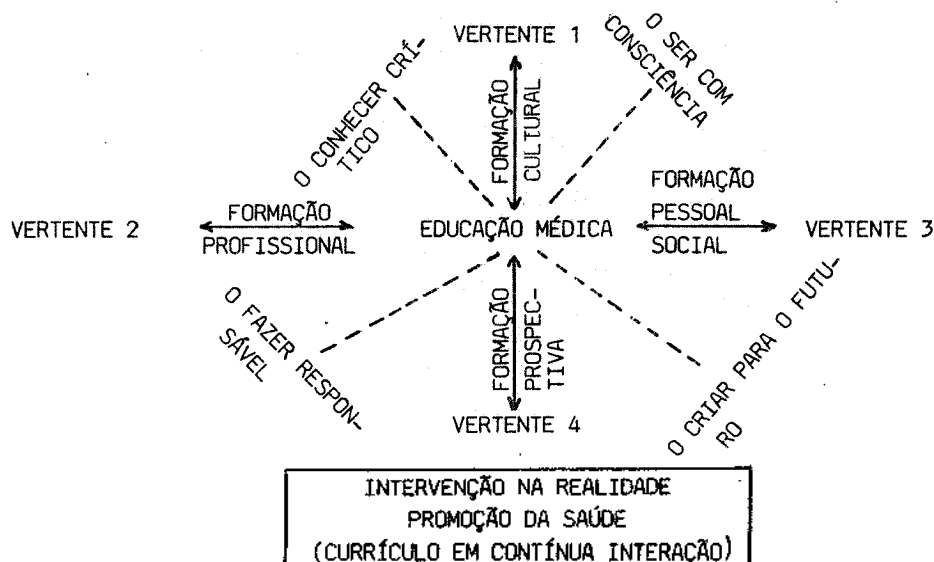
É óbvio que estamos ultrapassando mudançãs bastante sérias na Educaçãõ na América Latina e no Caribe, comentados oportunamente por Rama (1987), que aponta com insistência as modificações que são necessárias de serem levadas a efeito nes-

balho, não é possível, por mais tempo, manter uma Educação que não corresponda às determinantes culturais e às expectativas dos grupos humanos. Por outro lado, a Educação não é um luxo mas uma necessidade tão premente quanto a saúde e, neste sentido, nenhuma das duas deveria permanecer incompetente ou afastada da sua realidade e da sua obrigação para com todos.

Uma educação crítica emana de uma coerente teorização, com uma prática que efetivamente é levada a efeito. Para Carr et Kemis (1988), tanto quanto para Shor (1987), a base desta educação crítica se fundamenta em uma comunidade auto-reflexiva, que procura manter, constantemente, um sentido de pesquisa-ação, tenta apreender a dinâmica social e tornar possível uma dialética do educacional como forma de compreensão de tudo aquilo que é humano e tem que lidar com os contrastes entre o ideal e real.

Munidos destes elementos que comentamos, elaboramos a figura 2, que passamos a comentar.

FIGURA 2: RECOMENDAÇÕES PARA UMA EDUCAÇÃO MÉDICA





No centro dela está a Educação Médica, que foi considerada por nós como todas aquelas áreas intencionais embasadas em aspectos filosóficos, psicológicos, político e sócio-histórico-culturais que os estudantes de Medicina e os médicos vivenciam durante todo o seu desenvolvimento como seres humanos.

Dele partem quatro vertentes que, no nosso entender, são aspectos de uma formação mais completa, intencional e comprometida. A primeira vertente denominamos de **formação cultural**, se caracteriza pelo melhor conhecimento da cultura na qual se vive, salientando a diversidade de ideários, de aspectos políticos, econômicos e ambientais. Esta vertente deve possibilitar a contextualização do estudante de Medicina e do médico, sem ela a formação fica comprometida.

A segunda vertente é a **formação profissional**, que consiste no conhecimento específico, na produção deste conhecimento e no **saber fazer**. Sem dúvida alguma não se produz um médico, mas se ajuda as pessoas a terem consciência de que elas podem ser aquilo que desejam, se tiverem motivação e desenvolverem suas habilidades. Cabe chamar a atenção que, entre a vertente um e a dois o **espaço mediador** é o **conhecer crítico**, no qual a pessoa refina sua capacidade de ver o que a rodeia, aprende a resolver problemas e se dirige para a ação.

A vertente três é a **formação pessoal-social**, que consiste na dialética entre a pessoa e a sociedade e tem como bases o conhecimento da ética e da moral, através da aprendizagem do relacionamento interpessoal, bem como a convivência consigo próprio e com seu quadro valorativo.

**diador** entre a vertente um e três, que é o **ser com consciência**, que consiste na humanização através da socialização da mente e a valorização do que se denomina humano.

A vertente quatro é a formação prospectiva, que consiste na temática Educação Médica e Futuro, onde direitos humanos e Educação para a Saúde são os fortes elementos de uma sociedade mais justa e mais responsável. Esta formação prospectiva não é pensando apenas em inovações tecnológicas e científicas de **altos vôos**, mas a preocupação é poder fazer chegar a todos aqueles que não tiveram oportunidade de melhorar as suas vidas, oportunidades para poder realizá-lo.

Cabe chamar a atenção sobre o **espaço mediador** entre a vertente dois e quatro, que denominamos o **fazer responsável**, reconhecendo no médico um educador, cujo serviço é importante para a dignificação do **trabalho** como realização humana e como exemplo de vida.

O último **espaço mediador** é aquele que está localizado entre a vertente três e quatro, que denominamos o **criar para o futuro**, que quer dizer que a ação do médico não se esgota na problemática do presente nem simplesmente na cura de doenças, mas um médico avançado no seu tempo é um inquieto pesquisador que procura alternativas de ação mais eficazes e descobertas que beneficiem a humanidade.

A nossa visão é que a Educação Médica é, sem dúvida, **intervenção na realidade**, não é neutra, está comprometida com o ser humano, sem fazer distinções, fez um **juramento** de ajuda e, neste sentido, terá sempre um compromisso, onde existir necessidade de salvaguardar a saúde, tentar curar a doença e auiliar a construir o respeito e dignidade da comunidade huma-

na são fundamentais.

Por isto, a formação de um médico, parece-nos, deve ser pensada em parâmetros mais amplos, talvez aquele aspecto fulcral que apontava Marcondes (1978). Desta forma, é compreensível compreender que, quando não está explicitado este núcleo fundamental, a formação ocorre só nos seus **apêndices** mas não naquilo em que seria mais necessário e que denominamos a **visão humana de Medicina** e que, nos atrevemos a traduzir por uma Educação Médica crítica.

Este pensamento é belamente expresso por Caldwell (1980, p.271):

*- Sinto muito - disse Lucano, compaixão. - Tentei explicar: não há necessidade de mais um funcionário médico em Roma, que está cheia de hospitais modernos. Sim, compreendo que a Assembléia Pública me nomeou, graciosamente, por ordem de Deodoro, e com um estipêndio considerável. Mas um médico não deve ir para onde mais necessitam dele? Hipócrates disse isso, e eu jurei por ele. Meu trabalho será entre os pobres, os oprimidos, os abandonados, os moribundos, os desesperadamente doentes, para os quais não há assistência nas cidades que ficam ao longo do Grande Mar. Tratarei de escravos e dos que vivem em pobreza irremediável, e não pedirei pagamento, a não ser dos ricos senhores de escravos. Irei visitar as prisões e as galés, as minas e os cortiços, os portos e as enfermarias para indigentes. Esse é o meu trabalho e não me posso desviar dele.*

Até que ponto uma Educação Médica mais crítica não poderia retornar a algo que já foi expresso há praticamente dois mil anos?

## BIBLIOGRAFIA

- ALLPORT, Gordon W. et LINDZEY, G. (ed). Handbook of Social Psychology. Menlo Park, California, Addison-Wesley, 1954.
- ANDRADE, Jorge. Marco conceptual de la Educación Médica en la América Latina - primera parte. Educación Médica y Salud, 12(1):1-19, 1978a.
- \_\_\_\_\_. Marco conceptual de la Educación Médica en la América Latina - segunda parte. Educación Médica y Salud, 12(2):149-66, 1978b.
- \_\_\_\_\_. Marco conceptual de la Educación Médica en La América Latina - tercera parte. Educación Médica y Salud, 12(3):223-52, 1978c.
- \_\_\_\_\_. Marco conceptual de la Educación Médica en la América Latina - cuarta parte. Educación Médica y Salud, 13(1):1-29, 1979.
- ANTOLOGÍA DE AUTORES CUBANOS. Saúde e revolução: Cuba. Rio de Janeiro, CEBES/Achiamé, 1984.
- ALSINA, José. Los orígenes helénicos de la medicina occidental. Barcelona, Guadarrama, 1982.
- ATAZ LÓPEZ, Joaquim. Los médicos y la responsabilidad civil. Madrid, Montecorvo, 1985.
- ARRUDA, Bertoldo K.G. de. Universidade e mudança. Educación Médica y Salud, 17(3):314-25, 1983.
- BABINI, José. Historia de la Medicina. Barcelona, Gedisa, 1980.
- BALTES, P.B. et LABOUVIE, G.V. Adult development of intellectual performance: description, explanation and modification.
- EISPORFER, C. et LANTON, M.P. (eds.). The psychology of adult development and aging. Washington, D.C., American Psychological Association, 1983.
- BARDIN, Lawrence. Análise de Conteúdo. Lisboa, Edições 70, 1979.

- BEAUCHAMP, Tom et McCULLOUGH, Lawrence G. Ética Médica. Barcelona, Labor, 1987.
- BENSAÏD, Bernard. La luz médica. Barcelona, Salvat, 1986.
- BERKOWITZ, Leonard (ed.). Advances in Experimental Social Psychology. New York, Academic Press, 1974 (vol.7).
- BERLINGUER, Giovanni. Medicina e Política. 2ed. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1983.
- BERNAL, Leopoldo A. et FIGUEROA, José L. (coord.). La lucha por la salud en Cuba. México, Siglo Veintiuno, 1985.
- BRIDGE, Edward M. Pedagogía Médica. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1965 (pub. cient. nº 122).
- BRONOWSKI, J. Introdução à atitude científica. Lisboa, Horizonte, 1983.
- BUGEDA, José. Manual de Técnicas de Investigación Social. 2 ed. Madrid, Instituto de Estudios Políticos, 1974.
- CALDWELL, Taylor. Médico de homens e de almas. São Paulo, Círculo do Livro, 1985.
- CARR, Wilfred et KEMMIS, Stephen. Teoría crítica de la enseñanza. Barcelona, Martínez Roca, 1988.
- CARVALHO, Anésia de Souza. Metodologia da entrevista. Rio de Janeiro, Agir, 1987.
- CERVANTES, Jaime et BULNES, Francisco. La función social del médico en la comunidad. México, Revista del Instituto Mexicano de Seguro Social, 3(21):266-9, 1983.
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Porto Alegre, Jornal do CREMERS especial, jan, 1988.
- CONSTANT, Samuel A.R. Internato. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Educação Médica, 5(3):171-215, set/diez, 1981.
- CONSTITUIÇÃO DO BRASIL. Porto Alegre, Zero Hora, 4 de outubro de 1988 (suplemento especial).
- COOK, T.O. et REICHARDT, C.S. Métodos cualitativos y cuantita-

- COSTA, Miguel et LÓPEZ, Ernesto. Salud comunitaria. Barcelona, Martínez Roca, 1987.
- CRONBACH, Lee J. Fundamentos de la exploración psicológica. Madrid, Biblioteca Nueva, 1963.
- DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO. Rio de Janeiro, Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Educação Médica, 1988.
- DORSCH, Friedrich. Dicionario de Psicologia. 2ed. Barcelona, Herder, 1978.
- ECO, Umberto. Leitura do texto literário. Lisboa, Presença, 1983. Conceito de Texto. São Paulo, T.A. Queiroz/EDUSP, 1984.
- ENSINO MÉDICO: BASES E DIRETRIZES PARA SUA REFORMULAÇÃO. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Educação Médica, 10(2):67-74, mai/ago, 1986.
- EVAERST-DESMEDT, Nicole. Semiótica da narrativa. Coimbra, Almedina, 1984.
- FESTINGER, Leon et KATZ, Daniel. A pesquisa na Psicologia Social. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1974.
- FESTINGER, Leon et KATZ, Daniel (comp.). Los métodos de investigación en las ciencias sociales. México, Paidós, 1987.
- FERREIRA, José R. Análisis prospectivo de la Educación Médica. Educación Médica y Salud, 1(20):26-42, 1986.
- FISHBEIN, Martin et AJZEN, Icek. Belief, attitude, intention and behavior, an introduction to theory and research. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley, 1975.
- FOUCAULT, Michael. Historia de la Medicalización. Educación Médica y Salud, 11(1):3-25, 1977.
- FRANÇA, Omar. Hacia el primer Código de Ética Uruguayo. Montevideo, Estudios de Ciencias y Letras, 16:30-40, jan., 1989.
- FRANCISCHETTI, Emilio et alii. Visão crítica dos currículos das Faculdades de Medicina. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Educação Médica, 2(3):109-15, set./dez., 1978.
- FREYRE, Gilberto. Médicos, doentes e contextos sociais: uma

- FÜLÖP, Tamas et ROEMER, Milton I. Análisis de la formación de personal de salud. Ginebra, OMS, 1987.
- GALPERIN, P.Y. Introducción a la Psicología. Un enfoque dialéctico. Madrid, Pablo del Rio, 1979.
- GALLARDO, Leonel D. Algunas tendencias de la Educación y participación comunitarios en salud en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 36(4):314-25, 1984.
- GARCÍA, Juan Cesar. Medicina y sociedad - las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. Educación Médica y Salud, 17(4):369-94, 1983.
- GARCÍA FERRANDO, Manuel. Socioestadística. Introducción a la estadística en sociología. Madrid, Alianza, 1985.
- GARCÍA FERRANDO, Manuel; IBÁÑEZ, Jesús et ALVIRA, Francisco. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid, Alianza, 1986.
- GLAZMAN, Raquel. La docencia: entre el autoritarismo y la igualdad. México, SEP/El Caballito, 1986.
- GONÇALVES, Ernesto Lima. O Ensino Médico e os médicos no Brasil. Aspectos quantitativos. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Educação Médica, 1984.
- GONZÁLEZ ITURBE, Alfredo B. Introducción a las teorías de investigación pedagógica. México, Interamericana, 1985.
- GONZÁLEZ GARBAJAL, Eleuterio et alii. La actitud de los estudiantes de medicina hacia los aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médicos. Educación Médica y Salud, 16(2):118-33, 1982.
- GONZÁLEZ SERRA, Diedo. La motivación. Una orientación para su estudio. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1984.
- GREIMAS, A.J. Semiótica e Ciências Sociais. São Paulo, Cultrix, 1981.
- \_\_\_\_\_. La semiótica del texto. Barcelona, Paidós, 1983.



- GUTIERREZ AVILA, J. Hector et BARILAR ROMERO, Elena. Cambios en las aspiraciones profesionales y en las actitudes de los estudiantes de medicina hacia los aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médicos. Educación Médica y Salud, 19(4):386-401, 1985.
- HABERMAS, Jürgen. La lógica de las ciencias sociales. Madrid, Tecnos, 1988.
- HAIRE, Mason; GHISELLI, Edwin et PORTER, Liman. Actitudes de los directivos. 2ed. Madrid, Marova, 1976.
- HULTSCH, David et DEUTSCH, Francine. Adult Development and Aging. A life-span approach. New York, McGraw-Hill, 1981.
- ILLICH, Ivan. A expropriação da Saúde. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- JANZ, Curt Paul. Friedrich Nietzsche. Los diez años del filósofo errante. Madrid, Alianza, 1985.
- KROEGER, Axel. Errores de respuesta y otros problemas de las encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 100(3):253-82, 1986.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro. La relación médico-enfermo. Madrid, Alianza, 1983.
- \_\_\_\_\_. Antropología Médica. Barcelona, Salvat, 1986.
- LANDMANN, Jayme. A outra face da Medicina. Um estudo das ideologias médicas. Rio de Janeiro, Salamandra, 1984.
- LEVINSON, Daniel J. The seasons of a man's life. New York, Alfred Knopf, 1978.
- LEUWE, Claudio. Formação profissional: a opinião dos pediatras do estado de São Paulo. São Paulo, Pediatria, 8:4-7, 1986.
- LINDZEY, Garden et ARONSON, Elliot (ed.). The handbook of Social Psychology. 2ed. Reading, Massachusetts, Addison-

- LLORENS, José A. Educación permanente en salud. Posibilidades y limitaciones. Educación Médica y Salud, 4(20):513-23; 1986.
- LÓPEZ-ARANGUREN, Eduardo. El análisis de contenido. FERRANDO, Manuel G.; IBÁÑEZ, Jesús et ALVIRA, Francisco. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid, Alianza, 1986.
- LOWE, Gordon A. El desarrollo de la personalidad: de la infancia a la senectud. Madrid, Alianza, 1974.
- LUNA, Ronaldo. Reorientación de la Educación Médica. Educación Médica y Salud, 4(20):466-72, 1986.
- MACÊDO, Carlyle G. de. La Universidad y salud para todos en el año 2.000. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 99(3):209-16, sep., 1985.
- MACIEL, Rubens. Ensino das matérias profissionais. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Educação Médica, 5(3):195-205, set/dez., 1981.
- MACIEL, Rubens; MILANO, José C.F. et CONSTANT, Samuel A.R. Currículo médico: considerações gerais. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Educação Médica, 5(3):183-94, set/dez., 1981.
- MAFFESOLI, Michel. O conhecimento do Quotidiano. Lisboa, Vega, 1986.
- MARCONDES, Eduardo. Visão crítica dos currículos das Faculdades de Medicina. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Educação Médica, 2(3):117-21, set/dez., 1978.
- MASLOW, Abraham. Introdução à Psicologia do Ser. Rio de Janeiro, Eldorado, s.d.
- McKEOWN, Thomas et LOWE, C.R. Introducción a la Medicina Social. 3ed. México, Siglo Veintiuno, 1986.

- MELLO, Carlos Gentile de. A medicina e a realidade brasileira. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983.
- MILLER, George E. (org.). Ensino e aprendizagem nas Escolas Médicas. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1967.
- MIROLI, Alejandro B. La Medicina en el tiempo. Buenos Aires, El Ateneo, 1978.
- MONTILVA DE MENDOZA, Mariela et RIPANTI DE GARCÍA, Miriam. Modelo para la evaluación del plan de estudios de la carrera de Medicina. Educación Médica y Salud, 3(19):266-83, 1985.
- MORGAN, Clifford et alii. Introduction to Psychology. 7ed. New York, McGraw-Hill, 1984.
- MOSQUERA, Juan J.M. Vida Adulta. 3ed. Porto Alegre, Sulina, 1987.
- \_\_\_\_\_. Vida Adulta: Psicologia e Educação. Porto Alegre, Mestrado em Educação da Faculdade de Educação da PUCRS, 1988a (aulas proferidas).
- \_\_\_\_\_. A construção psicossocial do currículo. Porto Alegre, Aplicação, 3(1):37-43, jan./jun., 1988b.
- \_\_\_\_\_. Teoria e Prática em Educação: uma perspectiva de valores. Porto Alegre, Seminário de Verão do Colégio de Aplicação da Faculdade de Educação da UFRGS, jan., 1989 (conferência proferida).
- \_\_\_\_\_. Filosofía de la Educación. (1989, no prelo).
- MOSQUERA, Juan J.M. et alii. Características das pessoas adultas em profissões liberais e seu nível de motivação. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Relatório de Pesquisa, 1983.
- MOSQUERA, Juan J.M. et STOBÄUS, Claus D. Educação para a Saúde. 2ed. Porto Alegre, D.C. Luzzatto, 1984.
- MOSQUERA, Juan J.M. et FOLBERG, Maria N. Pedagogia da Perso-

- MUCCHIELLI, Roger. A entrevista não-diretiva. Rio de Janeiro, Martins Fontes, 1979.
- NASSIF, Antonio C.N. Editorial - Novos Cursos de Medicina. Rio de Janeiro, Jornal da Associação Médica Brasileira, 1179:3, dez., 1988.
- NAVARRO, Vicente. La Medicina bajo el capitalismo. 2ed. Barcelona, Crítica, 1979.
- NELSON, Gordon K. Time in development studies: a convergence of the dialectic and phenomenological thought. Genetic Psychology Monographs, 108:215-43, 1983.
- NERI, Aldo C. La Medicina en el mundo contemporáneo. Educación Médica y Salud, 13(2):113-33, 1979.
- NUNES, Everardo. Medicina com profissão - contribuição ao estudo da escolha ocupacional entre estudantes de Medicina. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Educação Médica, 2(3):47-60, mai/ago, 1979.
- NUNES, Everardo. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983.
- NUNES, José N.P. Reforma curricular com vistas à formação do médico geral. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Educação Médica, 2(4):57-60, mai/ago, 1980.
- NUNNALLY, Jum C. Introducción a la medición psicológica. Buenos Aires, Paidós, 1973.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2.000. Ginebra, OMS, 1981.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Marco de referencia para el desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. Washington, D.C., OMS, 1985.
- ORSI, Alfredo. Actitudes y conducta. Buenos Aires, Nueva Visión, 1988.

- ORTEGA y GASSET, José. Obras completas - tomo V (1933-1941). 7ed. Madrid, Ediciones de la Revista de Occidente, 1970.
- OSIPOV, G. (coord.). Libro del trabajo del sociólogo. Moscu, Progreso, 1988.
- PAPERS-REVISTA DE SOCIOLOGÍA. Sociología y Medicina. Barcelona, Península, 1976.
- PASTOR RAMOS, Gerardo. Ideologías. Su medición psicosocial. Barcelona, Herder, 1986.
- PERLMAN, Daniel et COZBY, P. Chris. Psicología Social. México, Interamericana, 1986.
- PIULACHS, Pedro. La enfermedad y el enfermo. Barcelona, Toray, 1976.
- POLIT, D. et HUNGLER, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 2ed. México, Interamericana, 1985.
- PORTILLO, José. Educación Médica. Un nuevo enfoque. Montevideo, Facultad de Medicina de la Universidad de la República, 1987.
- PROENÇA, Nelson. O fio da meada. São Paulo, Klaxton, 1988.
- RAMA, Germán (coord). Desarrollo y Educación en America Latina y Caribe. Buenos Aires, CEPAL/UNESCO/PNUD/Kapelusz, 1987.
- REICH, Ben et ADCOCK, Christine. Valores, atitudes e mudanças de comportamento. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- RIEGEL, Klaus. An epitaph for a paradigm. Human Development, 16:1-7, 1973.
- \_\_\_\_\_. History of psychological gerontology. BIRREN, J.E. et SCHAIE, K.W. (ed.). Handbook of the psychology of aging. New York, Van Nostrand Rheinhold, 1975a.
- \_\_\_\_\_. For a dialectic theory of development. Human Development, 18:50-64, 1975b.
- \_\_\_\_\_. The dialectics of human development. American Psychologist, 31:689-700, 1976.
- \_\_\_\_\_. The dialectic of time. DATAN, Nancy et REESE, Hayer. Life-span Development Psychology.

- RODRIGUES, Aroldo. Psicologia Social. 11ed. Petrópolis, Vozes, 1986.
- ROKEACH, Milton. Crenças, atitudes e valores. Rio de Janeiro, Interciência, 1981.
- ROSA, Alice R. et JOUVAL Jr., Henri. E. Organização curricular dos cursos de graduação em Medicina na Região Sul. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Educação Médica, 5(3): 173-82, set/dez., 1981.
- ROSEN, George. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- SANTOS, Jair de O. Educação Médica. Filosofia, Valores, Ensino. Salvador, Gráfica e Editora Anembepe, 1987.
- SCLIAR, Moacyr. Do mágico ao social. Porto Alegre, L&PM, 1987.
- SEGOVIA, Donato et alii (comp.). Fundamentos de la Investigación Clínica. México, Siglo Veintiuno/Universidad Autónoma de México, 1988.
- SHERIF, Muzafer et SHERIF, Carolyn W. Psicología Social. México, HARLA, 1975.
- SHIBUTANI, Tomotsu. Sociedad y personalidad. Una aproximación interaccionista a la psicología social. Buenos Aires, Paidós, 1971.
- SHOR, Ira. Critical teaching and everyday life. Chicago, The University of Chicago Press, 1987.
- SHOR, Ira et FREIRE, Paulo. Medo e ousadia. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
- SIERRA BRAVO, Restituto. Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios. 3ed. Madrid, Paraninfo, 1983.
- SILVA, Pedro C.T. da. Educação Médica - a luta pela qualidade de ensino. Volta Redonda, Anais do Hospital da Siderúrgica Nacional de Volta Redonda, 5(2):5-7, abr/jun., 1981.

- SILVA, Pedro C.T. da. Preparação pedagógica do professor de Medicina. Volta Redonda, Anais do Hospital da Siderúrgica Nacional de Volta Redonda, 6(4):6-11, out./dez., 1982.
- SMELSER, Neil et ERIKSON, Erik. Trabajo y amor en la Edad Adulta. Barcelona, Grijalbo, 1983.
- SPRANGER, Eduard. Formas de Vida. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- STOETZEL, Jean. Psicologia Social. São Paulo, Companhia Editora Nacional, s.d.
- STUBBS, Michael. Análisis del discurso. Madrid, Alianza, 1987.
- SUMMERS, Gene F. Medición de actitudes. México, Trillas, 1976.
- SZACZ, Thomas. La Teología de la Medicina. Barcelona, Tusquets, 1980.
- TÄHKÄ, Veikko. O relacionamento médico-paciente. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- TAYLOR, S.D. et BOGDAN, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires, Paidós, 1986.
- THIOLLENT, Michel. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo, Polis, 1980.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. FACULDADE DE MEDICINA. Plano de ação 1985-1988. Porto Alegre, 1985.
- VERAS, Renato P. et alii. Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil. Educación Médica y Salud, 17(4):398-413, 1983.
- VIDAL, Carlos A.; GARALDO, Luis E. et JOUVAL Jr., Henry. La Educación Permanente en Salud en América Latina. Educación Médica y Salud, 4(20):495-512, 1986.
- YOUNG, Robert et VELDMANN, Donald. Introducción a la estadística aplicada a las ciencias de la conducta. México, Trillas, 1975.

ZABALZA, Miguel A. Diseño y desarrollo curricular. Madrid, Narcea, 1987.

ZANDEN, James W. Van der. Manual de Psicología Social. Buenos Aires, Paidós, 1986.



**A N E X O S**

## LISTA DE ANEXOS

- ANEXO 1 - FICHA INFORMATIVA (Estudante) .....
- ANEXO 2 - FICHA INFORMATIVA (Médico) .....
- ANEXO 3 - CÓDIGOS PARA A INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DA FICHA INFORMATIVA (ESTUDANTES E MÉDICOS) .....
- ANEXO 4 - INSTRUMENTO PARA AFERIR AS OPINIÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA E MÉDICOS .....
- ANEXO 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA .....
- ANEXO 6 - ÍNDICE  $\alpha$  DE CRONBACH .....
- ANEXO 7 - FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS DA FICHA INFORMATIVA .....
- ANEXO 8 - TABELA 1: CORRELAÇÕES ENTRE A SOMA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO E AS VARIÁVEIS DA FICHA INFORMATIVA, GRUPO POR GRUPO (1 a 13) .....
- ANEXO 9 - TABELA 2: CONTINUAÇÃO DAS CORRELAÇÕES ENTRE A SOMA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO E AS VARIÁVEIS DA FICHA INFORMATIVA, GRUPO POR GRUPO (14 a 22) .....
- ANEXO 10- TABELA 3: CHI-QUADRADO POR QUESTÃO X GRUPO ..
- ANEXO 11- TABELA 4: CHI-QUADRADO POR QUESTÃO X GRUPO X IDADE .....
- ANEXO 12- TABELA 5: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DE TODA A AMOSTRA, POR QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO .....
- ANEXO 13- TABELA 6: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA E TAMANHO (n) DAS SOMAS DAS QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO, GRUPO POR GRUPO (1 a 22) .....
- ANEXO 14- TABELA A: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (ALUNOS DO 3º ANO).
- ANEXO 15- TABELA B: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (ALUNOS DO 6º ANO).
- ANEXO 16- TABELA C: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (PG-UFRGS) .....
- ANEXO 17- TABELA D: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (PG PUCRS) .....
- ANEXO 18- TABELA E: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (PROFESSORES) .....

ANEXO 19-	TABELA F: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (POR GRUPOS FORMADOS) .....
ANEXO 20-	TABELA G: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (POR GRUPOS FORMADOS) .....
ANEXO 21-	TABELA H: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (POR GRUPOS FORMADOS) .....
ANEXO 22-	ENTREVISTA A - UFRGS .....
ANEXO 23-	ENTREVISTA B - PUCRS .....
ANEXO 24-	ENTREVISTA C - FFFCMPA .....
ANEXO 25-	ENTREVISTA D - CREMERS .....
ANEXO 26-	ENTREVISTA E - SIMERS .....
ANEXO 27-	ENTREVISTA F - AMRIGS .....
ANEXO 28-	DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO .....

## ANEXO 1

## FICHA INFORMATIVA (Estudante)

A presente ficha informativa não deve ser assinada, a fim de preservar o sigilo do trabalho, que faz parte de uma pesquisa sobre a Educação Médica.

Solicitamos que sejam preenchidos **todos** os dados de forma correta.

Desde já agradecemos a colaboração.

ANO DE INGRESSO NO CURSO

ANO ATUAL NO CURSO: 3º  6º  P.G.

IDADE:  ANOS

SEXO: FEM:  MASC.

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  SIM

CASADO  TEM FILHOS QUANTOS?

DESQUITADO  NÃO

DIVORCIADO

VIÚVO

OUTRO

LOCAL DE NASCIMENTO: (MUNICÍPIO/ESTADO) \_\_\_\_\_

RESIDE NO MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_ HÁ \_\_\_\_\_ ANOS

PROFISSÃO DO PAI: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO DA MÃE: \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (como você considera a sua):

- A - + de 30 Salários Mínimos
- B - 10 a 30 Salários Mínimos
- C - 5 a 10 Salários Mínimos
- D - 2 a 5 Salários Mínimos
- E - 0 a 2 Salários Mínimos

SITUAÇÃO ATUAL

SÓ ESTUDA

ESTUDA E TRABALHA  ONDE TRABALHA? \_\_\_\_\_

MORA SÓ  COM OS PAIS  COM PARENTES  COM FAMÍLIA

OUTRO LOCAL  QUAL? \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA EDUCACIONAL

GRAU DE INSTRUÇÃO DO PAI \_\_\_\_\_ ; DA MÃE \_\_\_\_\_

CURSOU Iº GRAU EM (MUNICÍPIO/ESTADO) \_\_\_\_\_ PÚBLICA

PARTICULAR

IIº GRAU EM (MUNICÍPIO/ESTADO) \_\_\_\_\_ PÚBLICA

PARTICULAR

FACULDADE QUE ESTÁ CURSANDO: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

## FICHA INFORMATIVA (Médico)

A presente ficha informativa não deve ser assinada, a fim de preservar o sigilo do trabalho, que faz parte de uma pesquisa sobre a Educação Médica.

Solicitamos que sejam preenchidos **todos** os dados de forma correta.

Desde já agradecemos a colaboração.

ANO DE INGRESSO NO CURSO  ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO

IDADE:  ANOS

SEXO: FEM.  MASC.

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  CASADO  DESQUITADO  DIVORCIADO  VIÚVO  OUTRO

TEM FILHOS SIM  NÃO  QUANTOS?

LOCAL DE NASCIMENTO: (MUNICÍPIO/ESTADO) \_\_\_\_\_

RESIDE NO MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_ HÁ \_\_\_\_\_ ANOS

PROFISSÃO DO PAI: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO DA MÃE: \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (como você considera a sua):

A - + de 30 Salários Mínimos

B - 10 a 30 Salários Mínimos

C - 5 a 10 Salários Mínimos

D - 2 a 5 Salários Mínimos

E - 0 a 2 Salários Mínimos

SITUAÇÃO ATUAL

SÓ TRABALHA

TRABALHA E ESTUDA

QUANTOS EMPREGOS

ONDE? \_\_\_\_\_

ONDE? INAMPS:  HOSPITAL DO INAMPS

SECRETARIA SAÚDE:

PARTICULAR: CLÍNICA  HOSPITAL

MORA SÓ  COM OS PAIS  COM PARENTES  COM FAMÍLIA  OUTRO LOCAL

QUAL? \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA EDUCACIONAL

GRAU DE INSTRUÇÃO DO PAI: \_\_\_\_\_; DA MÃE \_\_\_\_\_

CURSO Iº GRAU EM (MUNICÍPIO/ESTADO) \_\_\_\_\_ PÚBLICA  PARTICULAR

IIº GRAU EM (MUNICÍPIO/ESTADO) \_\_\_\_\_ PÚBLICA  PARTICULAR

FACULDADE QUE CURSOU: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

CÓDIGOS PARA A INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DA FICHA INFORMATIVA  
(ESTUDANTES E MÉDICOS)

VARIÁVEL	COLUNAS	CÓDIGOS
V1	4,5	Ano ingresso no curso
V2	6	1 = 3º ano 2 = 6º ano 3 = professores 4 = pós-graduação
V3	7,8	idade
V4	9	sexo : 1 = feminino 2 = masculino
V5	10	estado civil: 1 = solteiro 2 = casado 3 = desquitado 4 = divorciado 5 = viúvo
V6	11	número de filhos
V7	12	local de nascimento : 1 = Porto Alegre 2 = Interior RGS 3 = Outro estado 4 = Exterior
V8	13	local de residência : 1 = Porto Alegre 2 = Grande Porto Ale- 3 = Interior gre
V9	14,15	tempo de residência
V10	16,17,18	profissão do pai: 1,2,3,4 (ver comentários)
V11	19,20,21	profissão da mãe: 1,2,3,4 (ver comentários)
V12	22	situação sócio-econômica: 1 = 0 a 2 SMR 2 = 2 a 5 SMR 3 = 5 a 10 SMR 4 = 10 a 30 SMR 5 = + de 30 SMR
V13	23	só estuda/só trabalha = 1 estuda e trabalha = 2
V14	24	número de empregos
V15	25	mora: só = 1 com os pais = 2 com parentes = 3 com a família = 4 outros (amigos, colegas) = 5
V16	26	grau instrução pai : 1 = Iº grau 2 = IIº grau 3 = IIIº grau
V17	27	grau instrução mãe : 1 = Iº grau 2 = IIº grau 3 = IIIº grau
V18	28	onde cursou Iº grau: Porto Alegre = 1 Interior = 2 outro Estado = 3 Exterior = 4
V19	29	Iº grau escola pública = 1 escola privada = 2
V20	30	onde cursou IIº grau: Porto Alegre = 1 Interior = 2 outro Estado = 3 Exterior = 4
V21	31	IIº grau : escola pública = 1 escola privada = 2
V22	32	Faculdade : PUCRS = 1 FFFCMPA = 2 UFRGS = 3 Outras = 4 (ver comen- tários)

**ANEXO 4**

**INSTRUMENTO PARA AFERIR AS OPINIÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA E MÉDICOS**

**Orientação Geral**

Este questionário tem por objetivo obter dados a respeito da Educação Médica. Consta de três partes, organizadas e seqüenciadas.

Para o correto preenchimento, solicitamos que leia atentamente cada uma das proposições para após assinalar a alternativa de resposta com a qual você mais se identifica.

Avisamos que existem partes onde você deve ou pode realizar comentários. Não é necessário identificar-se, por favor não rasure o questionário e certifique-se de ter preenchido todas as proposições.

Por se tratar de uma Tese de Doutorado, lhe agradecemos penhoradamente a colaboração.

**SOBRE SEU CURSO DE GRADUAÇÃO**

1. Você considera que sua motivação ao ingressar no curso de medicina foi intensa.
2. Ao ingressar no curso você percebia que a família, parentes e amigos o apoiavam.
3. Você considera que as opiniões dos outros o influenciaram muito na escolha do curso de medicina.
4. Quando você ingressou no curso tinha conhecimento do currículo (disciplinas, seqüência...).
5. Durante o curso de graduação você manteve nível de motivação idêntico a aquele de quando ingressou.
6. Você acredita que as disciplinas são significativas e têm ligação entre si.
7. O curso, como é, satisfaz plenamente as suas expectativas e interesses.
8. Se você pudesse voltar no tempo, desejaria cursar novamente as mesmas disciplinas, da mesma forma e na mesma seqüência.
9. Os conhecimentos que você adquiriu nas disciplinas básicas podem ser considerados como relevantes para as disciplinas clínicas e cirúrgicas.

DISCORDO  
PLENAMENTE  
DISCORDO  
EM PARTE  
SEM OPINIÃO  
CONCORDO  
EM PARTE  
CONCORDO  
PLENAMENTE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Desejando realizar algum comentário sobre este assunto, faça-o a seguir:

---



---



---



---

DISCORDO  
PLENAMENTE  
DISCORDO  
EM PARTE  
SEM OPINIÃO  
CONCORDO  
EM PARTE  
CONCORDO  
PLENAMENTE

SOBRE SEUS PROFESSORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO

10. Você considera que a maioria dos professores está muito bem capacitada para lecionar no curso de medicina.
11. Os docentes se preocupam em manter um excelente relacionamento interpessoal com seus alunos (os conhecem, conversam com eles...)
12. Existem professores, neste curso, que são convidados a lecionar por serem bons profissionais médicos, apesar de não possuir a devida formação pedagógica.
13. A maioria dos professores do curso utiliza variados métodos, técnicas e recursos didático-pedagógicos.
14. Os docentes das disciplinas básicas têm idêntico desempenho pedagógico de aqueles das disciplinas clínicas e cirúrgicas.
15. Existe uma grande preocupação dos professores em auxiliar os alunos em suas diversas tarefas acadêmicas.
16. Grande parte dos professores procura sempre ter cuidado ao transmitir as informações, em termos de citar as fontes, analisar vários autores.
17. Quase todos os professores se preocupam com sua pontualidade, assiduidade e comprometimento com as tarefas propostas.
18. Você considera que os docentes realizam uma integração entre os conteúdos das diferentes disciplinas.


\* Desejando realizar algum comentário sobre este assunto, faça-o a seguir:

---



---



---



---



---

DISCORDO  
PLENAMENTE  
DISCORDO  
EM PARTE  
SEM OPINIÃO  
CONCORDO  
EM PARTE  
CONCORDO  
PLENAMENTE

SOBRE UM MELHOR PROFESSOR DO CURSO DE GRADUAÇÃO

19. Um melhor professor do curso de medicina deveria ter mais conhecimentos também em outras áreas (Filosofia, Antropologia, Psicologia, Sociologia, Pedagogia...).
20. Um melhor docente é aquele que tem um conhecimento especializado somente na área em que atua.
21. Para ser um melhor professor do curso é melhor saber utilizar bem os métodos, técnicas e recursos didático-pedagógicos do que ter um conhecimento profundo da matéria.
22. Melhores professores deveriam se preocupar em realizar cursos (especialização, mestrado, doutorado) também na área de Educação.
23. Não é necessário estabelecer boas relações interpessoais para ser um melhor docente.




\* Cite dez características do que considera um melhor professor de medicina (coloque sob forma de adjetivo):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Faça três sugestões de como se poderia levar a cabo a preparação deste melhor professor de medicina.

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

\* Desejando realizar algum comentário sobre este assunto, faça-o a seguir:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DISCORDO  
PLENAMENTE  
DISCORDO  
EM PARTE  
SEM OPINIÃO  
CONCORDO  
EM PARTE  
CONCORDO  
PLENAMENTE

SOBRE UM MELHOR MÉDICO

24. Um melhor médico deveria ter mais conhecimento também em outras áreas (Filosofia, Antropologia, Psicologia, Sociologia, Pedagogia...).

--	--	--	--	--

25. Para ser um melhor médico basta realizar muito bem o curso de graduação.

--	--	--	--	--

26. Um melhor médico é aquele que se preocupa em realizar cursos (especialização, mestrado, doutorado) na área de seu interesse e atuação.

--	--	--	--	--

27. Para ser um melhor médico sempre é necessário especializar-se em vez de ter uma visão e atuação global da medicina.

--	--	--	--	--

28. Não é necessário estabelecer boas relações interpessoais para ser um melhor médico.

--	--	--	--	--

\* Cite dez características do que considera que seja um melhor médico (coloque sob forma de adjetivo):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Faça três sugestões de como se poderia levar a cabo a proposição deste melhor médico.

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

\* Desejando realizar algum comentário sobre este assunto, faça-o a seguir:

---



---



---



---

DISCORDO  
PLENAMENTE  
DISCORDO  
EM PARTE  
SEM OPINIÃO  
CONCORDO  
EM PARTE  
CONCORDO  
PLENAMENTE

**SOBRE A RESPONSABILIDADE SOCIAL**

- 29. O médico mais consciente é aquele que procura utilizar o bom senso, mesmo que vá contra certos princípios ou normas sociais. 

--	--	--	--	--
- 30. Nosso país apresenta muitas doenças endêmicas (Malária, Esquistossomose, Chagas...), o que é um problema social de responsabilidade exclusivamente governamental. 

--	--	--	--	--
- 31. Para um país em desenvolvimento como o nosso não se deveria dar tanta atenção aos cuidados primários em saúde (Saneamento básico, Postos de saúde...). 

--	--	--	--	--
- 32. O melhor local para atender a maioria dos problemas de doença da população está a nível terciário (hospitalar). 

--	--	--	--	--
- 33. Um médico que trabalha quatro horas em um serviço público pode atender seus clientes do mesmo modo que em quatro horas em serviço particular. 

--	--	--	--	--
- 34. Os municípios do interior só servem para o médico ganhar dinheiro e voltar para as grandes cidades. 

--	--	--	--	--

\* Desejando realizar algum comentário sobre este assunto, faça-o a seguir:

---



---



---



---

**SOBRE O DESEMPENHO MÉDICO**

- 35. Você conhece muito bem o Código de Ética Médico e sempre segue suas normas. 

--	--	--	--	--
- 36. O melhor médico procura saber a opinião de colegas quando o caso que está cuidando lhe parece diferente. 

--	--	--	--	--
- 37. Para melhor se desempenhar, o médico deve atender as pessoas diferenciadas em locais diferenciados. 

--	--	--	--	--
- 38. A boa apresentação do médico corresponde a um melhor desempenho profissional. 

--	--	--	--	--
- 39. O médico consciente sabe adequar o tipo de atendimento que presta de acordo com a classe social da pessoa que atende. 

--	--	--	--	--
- 40. Deve existir correspondência entre a atualização constante do médico (comparecendo a eventos científicos, assinando e lendo revistas da área) com o seu desempenho profissional. 

--	--	--	--	--

\* Desejando realizar algum comentário sobre o assunto, faça-o a seguir:

---



---



---



---

DISCORDO  
PLENAMENTE  
DISCORDO  
EM PARTE  
SEM OPINIÃO  
CONCORDO  
EM PARTE  
CONCORDO  
PLENAMENTE

SOBRE A PERSONALIDADE ADULTA

41. De acordo com a idade, as pessoas têm mais experiência para solucionar os problemas da vida.

--	--	--	--	--

42. Sinto que esta fase da vida é muito importante para mim.

--	--	--	--	--

43. Tenho tido oportunidade para crescer como pessoa.

--	--	--	--	--

44. Preocupo-me profundamente com o que está acontecendo no país nestes momentos.

--	--	--	--	--

45. São muitas as coisas que gostaria de realizar nestes momentos na minha vida.

--	--	--	--	--

46. Creio que estou conseguindo viabilizar os planos que elaborei para o meu futuro.

--	--	--	--	--

\* Desejando realizar algum comentário sobre este assunto, faça-o a seguir:

---



---



---



---

## ANEXO 5

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

## QUESTÕES PRINCIPAIS - PONTO DE VISTA DA INSTITUIÇÃO

## ALUNO

- \* Como esta instituição vê as motivações dos alunos em realizar o Curso de Medicina?
- \* Como acredita que os alunos percebem o curso e como este curso poderia ser?
- \* O que os alunos esperam do curso (que conhecimento têm e procuram)?
- \* Que sugestões de mudança os alunos colocam?

## PROFESSOR

- \* Como esta instituição vê os professores dos cursos?
- \* Que diferenças se detectam entre os professores das Ciências Básicas e das Ciências Médicas (Clínicas e Cirúrgicas)?
- \* Que conhecimento didático-pedagógico os professores possuem e demonstram?
- \* Como é o relacionamento interpessoal entre os professores e os alunos?
- \* Que sugestões de mudança os professores colocam?

## MELHOR PROFESSOR

- \* O que é, para esta instituição, um melhor professor (amplo)?
- \* Quais as principais características do que seria um melhor professor (objetivo)?
- \* Que sugestões se colocam para viabilizar um melhor professor?

## MELHOR ALUNO

- \* O que é, para esta instituição, um melhor aluno (amplo)?
- \* Quais as principais características do que seria um melhor aluno (objetivo)?
- \* Que sugestões se colocam para viabilizar um melhor aluno?

## MELHOR MÉDICO

- \* O que é, para esta instituição, um melhor médico (amplo)?
- \* Quais as principais características do que seria um melhor médico (objetivo)?
- \* Que sugestões se colocam para viabilizar um melhor médico?

## RESPONSABILIDADE SOCIAL

- \* Que conceito a sociedade tem desta instituição (amplo)?
- \* Como esta instituição vê o papel do médico em uma sociedade em desenvolvimento?
- \* O que significa para esta instituição, Atenção Primária em Saúde?
- \* Qual o papel da Medicina no Brasil de hoje?
- \* Em que a instituição pode auxiliar nesta responsabilidade social do médi-

## DESEMPENHOS MÉDICOS

- \* Que condições básicas devem ter os desempenhos médicos (internas e externas)?
- \* Qual o sentido mais relevante da Ética Médica?
- \* Que princípios devem orientar a relação médico-paciente?
- \* Em que a instituição pode auxiliar nestes desempenhos médicos?

## PERSONALIDADE ADULTA

- \* Como a instituição vê professores e alunos em suas distintas fases da vida?
- \* Em que a instituição pode auxiliar estas pessoas nas distintas fases de vida?
- \* Quais são as principais preocupações da instituição nestes momentos?
- \* Quais os planos para o presente e futuro?

## QUESTÕES COMPLEMENTARES (Organizacionais)

- \* Qual a origem, como está organizada em geral e que divisões interna têm esta instituição (se possível, qual o número de pessoas); quais atividades (em geral) são propiciadas (ressaltar especialmente em referência a qualquer tipo de Educação Médica - graduação, pós-graduação, educação continuada)? (nº filiados, nº prof., nº alunos)
  
- \* O que esta instituição realiza e/ou poderia realizar especificamente na área de Educação Médica, em especial se voltando para o Professor de Medicina e para o aluno de Medicina e o Médico?

## ANEXO 6

ÍNDICE  $\alpha$  DE CRONBACH

(Obtido com a aplicação do questionário, em um estudo piloto)

		$\bar{m}$	v	r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	1	4,21	1,43	1	-	0,523	-0,400	0,388	0,651	0,051	0,387	0,349	0,284	
	2	4,58	0,66	2			0,116	0,344	0,124	0,191	0,058	0,162	0,095	
	3	3,11	2,52	3				-0,123	-0,448	0,384	-0,026	-0,082	-0,160	
	4	2,74	2,19	4					0,228	0,253	0,385	0,170	0,217	
	5	3,00	2,42	5						0	0,500	0,404	0,229	
	6	3,42	1,30	6							0,471	0,478	0,597	
	7	2,53	1,83	7								0,628	0,546	
	8	1,84	1,19	8									0,308	
	9	3,84	1,40	9	$\alpha = 0,762$									
	10	2,63	1,50	1	-	0,706	0,089	0,604	0,401	0,544	0,600	0,603	0,614	
	11	2,15	1,50	2			-0,055	0,700	0,353	0,689	0,758	0,484	0,794	
	12	4,42	0,98	3				-0,217	-0,258	-0,403	0	-0,153	0,055	
	13	2,68	1,80	4					0,454	0,595	0,475	0,417	0,419	
	14	2,95	1,84	5						0,403	0,469	0,426	0,420	
	15	2,11	1,36	6							0,630	0,412	0,355	
	16	2,00	1,16	7								0,169	0,743	
	17	2,89	2,09	8									0,462	
	18	2,11	1,25	9	$\alpha = 0,843$									
	19	4,47	0,99	1					-	-0,053	-0,069	0,503	0,091	
	20	1,79	1,22	2							0	-0,296	0,624	
	21	3,32	2,01	3								0,012	0,346	
	22	4,47	0,25	4									-0,106	
	23	2,05	2,16	5	$\alpha = 0,429$									
	24	4,74	0,510	1					-	0,165	-0,417	0,147	0,142	
	25	1,68	1,16	2							0,324	0,453	0,292	
	26	4,16	0,55	3								0,243	0,113	
	27	2,37	2,02	4									0,273	
	28	1,42	1,19	5	$\alpha = 0,565$									
	29	4,05	0,79	1				-	-0,104	0	0,083	-0,162	0,025	
	30	2,37	1,81	2						0	0,083	-0,529	-0,113	
	31	1,00	0	3							0	0	0	
	32	1,47	1,20	4								-0,160	-0,123	
	33	2,37	2,55	5									-0,164	
	34	2,47	1,62	6	$\alpha = 0$									
	35	3,21	1,64	1				-	-0,0871	0,118	0,110	0,279	0,0404	
	36	4,53	0,99	2						-0,227	-0,439	-0,354	-0,145	
	37	2,84	1,61	3							-0,177	0,0219	0,249	
	38	3,11	1,78	4								0,485	-0,267	
	39	2,63	2,86	5									0,0271	
	40	4,63	0,23	6	$\alpha = 0,521$									
	41	3,47	1,41	1				-	0,166	-0,072	0,078	-0,105	0,214	
	42	4,37	0,97	2						0,496	0,247	0,683	0,776	
	43	4,58	0,56	3							0,452	0,780	0,333	
	44	4,21	1,43	4								0,503	0,030	
	45	4,58	0,88	5									0,463	
	46	4,05	1,31	6	$\alpha = 0,720$									
TOTAL		144,316	342,643	n=19	$\alpha = 0,830$				(item por item)					

(OBS.: para o cálculo foi retirada a questão 31 porque a variância foi 0)

## ANEXO 7

## FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS DA FICHA INFORMATIVA

V1		V3		V9		V2		V4	
ANO	f	IDADE	f	TEMPO RES.	f	SITUAÇÃO	f	SEXO	f
35	1	18	6	1	11	39	182	Femin.	187
37	1	19	44	2	14	69	101	Masc.	361
40	1	20	49	3	24	PG	76		
41	5	21	41	4	13	Prof.	189		
42	1	22	36	5	12				
43	1	23	34	6	11				
44	1	24	39	7	15				
45	2	25	36	8	13				
46	2	26	14	9	3				
48	2	27	9	10	8				
50	4	28	14	11	4				
51	1	29	9	12	14				
52	5	30	6	13	4				
53	3	31	1	14	7				
54	6	32	10	15	7				
55	3	33	7	16	8				
56	11	34	12	17	5				
57	6	35	13	18	7				
58	4	36	16	19	32				
59	4	37	11	20	49				
60	2	38	10	21	24				
61	6	39	5	22	25				
62	5	40	13	23	22				
63	14	41	7	24	15				
64	7	42	7	25	21				
65	8	43	8	26	12				
66	4	44	7	27	9				
67	7	45	6	28	13				
68	9	46	9	29	5				
69	12	47	2	30	14				
70	11	48	6	31	2				
71	10	49	7	32	10				
72	12	50	9	33	3				
73	10	51	1	34	12				
74	2	52	1	35	11				
75	2	53	5	36	9				
76	3	54	2	37	9				
78	1	55	1	38	6				
79	1	56	4	39	3				
80	2	57	12	40	11				
81	2	58	4	41	5				
82	9	60	3	42	4				
83	88	62	1	43	3				
84	2	63	1	44	2				
85	10	65	5	46 / 47	3				
86	171	66	1	48	4				
87	19	67	2	49	3				
88	55	69	1	50 a 53	2				
		72	1	54 a 56	1				
				57	7				
				59 / 60	1				
				62	2				
				65 / 67	1				

V5		V6	
EST. CIVIL	f	FILHOS	f
Solt.	330	0	355
Casado	205	1	44
Desq.	7	2	66
Divor.	5	3	58
Viúvo	1	4	18
		5	6
		6	1

V7		V8	
LOCAL	f	RESID.	f
Porto A.	296	Porto Al.	496
Interior	197	Grande POA	23
Outro Est.	16	Interior	5
Exterior	39	Exterior	24

V10		V11	
PROF. PAI	f	PROF. MÃE	f
1	192	1	134
2	257	2	36
3	75	3	49
4	24	4	329

V12		V13	
SÓCIO-EC.	f	TRAB/EST.	f
1	196	1	431
2	101	2	117
3	49		
4	66		
5	136		

V15		V14	
MORADIA	f	EMPREGOS	f
1	110	0	261
2	212	1	97
3	15	2	77
4	207	3	77
5	4	4	31
		5	5

V16-V17				V22	
INSTR.	PAI f	MÃE f		FACUL.	f
I	163	206		PUCRS	149
II	143	181		FFFCMPA	125
III	242	161		UFRGS	261
				Outras	13

V18-V19-V20-V21			
CURSO	IQ	PÚBLICA	IIQ PÚBLICA
Port. A.	306	230	355
Int.	187	PRIVADA	148
Out. Est.	24	318	15
			363

## ANEXO 8

TABELA 1 : CORRELAÇÕES ENTRE A SOMA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO E AS VARIÁVEIS DA FICHA INFORMATIVA, GRUPO POR GRUPO (1 a 13)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
V2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V3	-	0,1101	-	**0,4359	-	-	0,0812	-0,0662	0,1434	0,1056	*0,2923	*0,2776	0,0501
V4	0,0510	-0,1715	0,0328	*0,3224	0,2233	-0,1243	-0,3213	0,0303	-0,1949	-0,3052	*0,1953	-0,1368	0,0371
V5	0,1762	-0,0091	-0,0359	**0,4151	-0,1504	-0,1990	*0,4483	0,3716	0,0088	0,1838	**0,2353	0,0226	-0,1926
V6	0,1233	-0,0685	0,0375	0,2325	-	*-0,2623	**0,6802	*0,5082	0,0408	0,0345	0,0583	-0,0260	0,1872
V7	0,1669	*0,2201	0,0356	-0,0164	0,0041	-0,0815	0,2412	0,2083	0,0217	*0,4171	0,0828	0,0595	0,0649
V8	0,1449	-0,0871	*0,2575	-0,1795	-	-0,0368	0,2412	0,2083	0,0467	-	0,0397	0,0583	0,0422
V9	*-0,2207	-0,1054	0,0856	0,1437	-0,1851	0,2262	0,2156	-0,1382	-0,0613	-0,0988	0,1331	0,0742	-0,0521
V10	0,0331	-0,0454	0,0069	**0,3857	-0,0452	0,0551	0,2298	-0,0767	0,1099	-0,0750	0,1249	-0,0970	*0,2276
V11	0,0648	-0,1744	0,2070	0,0218	**0,4995	*0,4234	0,3676	0,2538	-0,0588	-0,1041	*0,1993	0,0044	-0,0471
V12	-0,0823	-0,0108	-0,0522	0,0898	-0,1447	**0,3890	*-0,4300	*-0,4887	0,1451	*-0,3610	0,1633	-0,2001	-0,1522
V13	-0,0371	0,0936	0,1313	0,1434	*-0,3306	-0,1878	-0,3130	-0,0794	-0,1730	-	-0,0912	-0,2046	*0,3261
V14	-0,1295	0,1140	*0,2278	*0,2606	-0,3122	-0,1878	-0,1602	-0,0460	0,0618	-0,1211	0,0082	-0,0865	-0,0704
V15	*0,2525	-0,1260	-0,1770	0,1656	-0,2699	-0,0487	-0,0861	0,2974	0,1056	-0,1978	-0,0203	*0,3887	0,1966
V16	-0,0523	-0,1335	0,0253	*0,3083	-0,1467	-0,0172	-0,1436	0,2681	-0,0938	0,2758	0,0010	0,0929	**0,3246
V17	-0,2024	0,1114	-0,1370	0,0247	**0,5458	*0,4487	-0,0625	-0,0755	0,1761	*0,3805	-0,0888	*0,2515	**0,2691
V18	0,1365	0,1824	0,0471	-0,1174	0,2377	-0,0897	0,2277	-0,1328	-0,2016	*0,4113	*0,1891	0,1462	0,0555
V19	**0,3078	-0,1511	0,1903	-0,1442	**0,6141	-0,2285	0,0944	0,3375	**0,4885	-0,1994	0,0496	0,1253	0,0400
V20	0,1226	*0,2385	-0,0033	-0,0518	*0,3864	-0,2271	0,2277	-0,1328	-0,0781	0,3453	*0,1997	-0,0214	0,1817
V21	**0,3337	-0,0938	0,1329	-0,1483	0,0849	0,0915	-0,1204	-0,3772	-0,3292	-0,1780	0,0860	0,0469	0,1541
V22	0,1680	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1761	-0,1443	0,0521
n	57	70	55	38	24	39	19	16	20	21	84	43	62



## ANEXO 9

TABELA 2 : CONTINUAÇÃO DAS CORRELAÇÕES ENTRE A SOMA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO E AS VARIÁVEIS DA FICHA INFORMATIVA, GRUPO POR GRUPO (14 a 22)

	14	15	16	17	18	19	20	21	22	TOTAL
V2	-0,0077	-	-0,0887	-	-	-	-	-	**0,1470	**0,0970
V3	*0,0968	**0,1568	*0,1180	0,0783	0,0753	**0,2216	0,0418	0,1072	**0,2267	**0,2445
V4	-0,0143	0,0339	0,0170	-0,1533	-0,0371	0,1319	-0,1723	-0,1579	0,0049	0,0659
V5	**0,1257	0,0435	0,0331	**0,2959	0,0351	0,0673	**0,4212	0,1818	**0,1926	**0,2079
V6	**0,1609	0,0680	0,0136	**0,3924	0,0269	0,0080	**0,6110	0,0532	**0,2111	**0,2215
V7	**0,1256	0,0440	0,0940	**0,2110	*0,1388	-0,0276	0,2099	*0,3138	0,0237	*0,0841
V8	0,0656	0,0596	0,0459	0,1101	0,0687	-0,1120	0,2099	-0,0068	-0,0331	0,0191
V9	-0,0255	0,0420	-0,0408	0,0041	0,0808	0,0800	0,1124	-0,1108	*0,1154	**0,1334
V10	-0,0457	0,0936	-0,0653	0,0503	-0,0239	*-0,1715	0,1252	0,0011	*0,1078	0,0317
V11	*0,0895	0,0885	0,0829	0,1053	0,0053	**0,2317	*0,3127	-0,0578	*0,1157	**0,1402
V12	*-0,0885	-0,0720	-0,0651	**0,2703	-0,0028	*-0,1648	**0,4379	-0,1420	0,0545	**0,1387
V13	-0,0191	0,0014	0,0035	-0,1254	0,0731	-0,0973	-0,2282	-0,0681	**0,1275	-0,0426
V14	0,0051	-0,0165	0,0370	-0,0863	0,0919	-0,0257	-0,1110	-0,0394	*0,0958	**0,1738
V15	-0,0312	*0,1489	-0,0219	-0,0480	-0,0375	0,0245	-0,0073	-0,0600	**0,1842	**0,1661
V16	0,0507	-0,0620	0,0396	0,0900	-0,0108	0,1350	-0,0042	0,1859	-0,0653	-0,0478
V17	-0,0625	-0,0368	*-0,0990	0,0997	-0,0522	*-0,1894	-0,0541	*0,2678	-0,0365	**0,1107
V18	*0,1060	*0,1267	*0,0992	0,1373	*0,1470	-0,0198	0,1110	0,2168	0,0343	**0,0907
V19	0,0057	0,0692	0,0549	*-0,1872	**0,1719	**0,2083	-0,0304	**0,3289	-0,0207	0,0193
V20	**0,1191	*0,1259	**0,1317	0,1384	**0,1563	0,0145	0,1110	0,2208	0,0204	**0,0896
V21	0,0529	0,1019	*0,1119	*0,1902	*0,1333	0,0561	-0,1759	-0,2369	-0,0038	0,0453
V22	**0,2092	-0,0257	**0,2899	0,0296	**0,3036	**0,2180	-	-	0,0648	-0,0459
n	359	189	283	76	182	101	35	41	266	548

\* 0,05

\*\* 0,01

## ANEXO 10

TABELA 3 : CHI-QUADRADO POR QUESTÃO X GRUPO

	QUESTÃO	CHI-QUADRADO	G	SIG
área I	Q1	11,89848	12	0,4539
	Q2	7,11751	12	0,8498
	Q3	18,62482	12	0,0980
	Q4	28,29466	12	**0,0050
	Q5	48,57784	12	**0,0000
	Q6	37,33519	12	**0,0002
	Q7	30,20332	12	**0,0026
	Q8	35,26723	12	**0,0004
	Q9	10,08812	12	0,6082
área II	Q10	25,11086	12	**0,0143
	Q11	41,53426	12	**0,0000
	Q12	27,49509	12	**0,0066
	Q13	15,89933	12	0,1959
	Q14	34,18932	12	**0,0006
	Q15	22,55536	12	* 0,0317
	Q16	22,83641	12	* 0,0291
	Q17	10,54886	12	0,5679
	Q18	29,74712	12	**0,0030
área III	Q19	10,57058	12	0,5660
	Q20	20,77220	12	* 0,0538
	Q21	15,71885	12	0,2045
	Q22	25,09351	12	**0,0144
	Q23	26,80424	12	**0,0082
área IV	Q24	13,76882	12	0,3157
	Q25	23,85956	12	* 0,0213
	Q26	18,84486	12	0,0923
	Q27	11,86601	12	0,4565
	Q28	10,02604	12	0,6137
área V	Q29	10,85463	12	0,5414
	Q30	5,99525	12	0,9163
	Q31	17,76077	12	0,1231
	Q32	35,16229	12	**0,0004
	Q33	40,84784	12	**0,0001
	Q34	10,36437	12	0,5840
área VI	Q35	147,40855	12	**0,0000
	Q36	10,35530	12	0,5874
	Q37	45,03110	12	**0,0000
	Q38	31,76451	12	**0,0015
	Q39	21,42603	12	* 0,0445
	Q40	32,32030	12	**0,0012
área VII	Q41	49,77205	12	**0,0000
	Q42	19,26352	12	0,0824
	Q43	32,21820	12	**0,0013
	Q44	62,76498	12	**0,0000
	Q45	29,82977	12	**0,0030
	Q46	15,84579	12	0,1984

\* 0,05

\*\* 0,01

n=548

## ANEXO 11

TABELA 4 : CHI-QUADRADO POR QUESTÃO X GRUPO X IDADE

GRUPO nº	3º			6º			PG			PROF.		
	3º	G	SIG	6º	G	SIG	PG	G	SIG	PROF.	G	SIG
1	0,57211	4	0,9661	4,51039	8	0,8084	6,96504	6	0,3241	4,98735	12	0,9584
2	25,13805	4	**0,0000	5,78151	6	0,4481	10,57417	6	0,1025	26,01378	12	**0,0107
3	2,20510	4	0,6981	15,46779	8	*0,0507	5,92726	8	0,6554	10,50067	12	0,5721
4	9,75951	4	*0,0447	6,32717	8	0,6106	6,75346	8	0,5635	15,37440	12	0,2216
5	2,44741	4	0,6541	8,67276	8	0,3706	4,51591	6	0,6072	11,42196	12	0,4931
6	10,43232	4	*0,0337	2,17505	8	0,9752	1,80430	6	0,9368	20,61072	12	*0,0564
7	19,32841	4	**0,0007	2,70137	6	0,8453	7,27049	8	0,5078	13,72680	12	0,3185
8	4,71340	4	0,3180	4,19225	6	0,6507	3,36361	8	0,9095	14,99921	12	0,2415
9	3,94057	4	0,4141	2,59276	6	0,8579	6,33854	6	0,3864	8,68720	12	0,7294
10	1,76728	4	0,7785	3,20269	6	0,7830	2,78279	8	0,9472	12,35628	12	0,4175
11	1,12245	4	0,8907	36,06805	6	**0,0000	10,66037	12	0,5582	3,86562	8	0,8690
12	8,62634	4	0,0711	8,46425	8	0,3895	12,26689	12	0,4245	6,26186	8	0,6179
13	9,75951	4	*0,0447	4,09380	8	0,8486	8,65782	8	0,3720	24,25427	12	**0,0188
14	5,30501	4	0,2574	3,08992	8	0,9286	7,57465	12	0,8174	6,30637	8	0,6130
15	29,49538	4	**0,0000	8,20863	6	0,2232	5,54595	8	0,6979	20,92383	12	*0,0515
16	14,24493	4	**0,0066	17,26259	8	*0,0275	4,53606	8	0,8058	27,80019	12	**0,0059
17	1,94617	4	0,7457	9,59907	8	0,2943	6,32913	6	0,3873	16,76486	12	0,1587
18	1,68573	4	0,7933	13,96730	8	0,0826	3,65636	8	0,8867	11,70576	12	0,4696
19	1,99456	4	0,7368	5,89827	8	0,6586	3,55384	8	0,8950	31,69168	12	**0,0015
20	0,62845	4	0,9599	19,15533	6	**0,0039	7,51694	8	0,4820	18,02203	12	0,1150
21	1,72590	4	0,7860	6,58669	8	0,5818	3,17090	6	0,7871	10,22168	12	0,5965
22	2,88821	4	0,5767	4,43559	8	0,8158	7,63924	8	0,4695	7,38976	12	0,8308
23	0,38088	4	0,9840	8,22472	8	0,4118	2,34730	8	0,9685	11,28196	12	0,5049
24	0,75414	24	0,9445	12,11661	8	0,1461	2,76054	8	0,9485	28,11703	12	**0,0053
25	0,78865	4	0,9400	7,42704	6	0,2832	2,14745	4	0,7087	3,19467	9	0,9561
26	6,31469	4	0,1768	3,19533	6	0,7840	6,57341	8	0,5833	11,91658	12	0,4524
27	2,88821	4	0,5767	27,34503	8	**0,0006	2,61360	6	0,8555	6,23864	12	0,9036
28	0,19846	3	0,9778	33,29617	6	**0,0000	3,30428	8	0,9138	5,94958	12	0,9186
29	1,76728	4	0,7785	26,61714	8	**0,0008	16,72221	8	0,0331	5,51981	12	0,9383
30	2,80709	4	0,5906	18,83893	8	**0,0157	5,07631	8	0,7494	13,64739	12	0,3238
31	0,09032	3	0,9930	5,52987	6	0,4779	3,81589	6	0,7016	12,64962	12	0,3950
32	29,49533	4	**0,0000	11,24121	8	0,1884	3,09028	8	0,9286	4,48373	12	0,9730
33	17,29498	4	**0,0017	52,14859	8	**0,0000	2,42095	8	0,9653	8,22383	12	0,7674
34	0,57211	4	0,9661	3,58097	8	0,8928	2,03464	8	0,9799	9,56960	12	0,6537
35	3,06126	4	0,5476	4,41079	8	0,8183	7,87355	8	0,4459	8,96947	9	0,4401
36	0,42421	4	0,9804	5,12024	8	0,7447	2,96274	8	0,9367	7,84555	12	0,7971
37	3,68692	4	0,4500	8,17428	8	0,4166	13,17711	8	0,1059	10,95827	12	0,5325
38	4,54009	4	0,3378	25,25655	8	**0,0014	5,63528	8	0,6880	19,13716	12	0,0853
39	5,77246	4	0,2168	7,41490	8	0,4926	5,60459	8	0,6914	19,13142	12	0,0854
40	2,51381	4	0,6422	33,83173	8	**0,0000	7,16457	4	0,1274	12,77851	12	0,3853
41	1,64673	4	0,8004	1,59907	6	0,9526	5,65215	6	0,4633	17,89453	12	0,1189
42	0,36019	4	0,9856	0,78399	6	0,9925	1,62290	6	0,9509	8,55192	12	0,7407
43	2,65458	4	0,6172	1,59751	8	0,9910	5,00797	8	0,7567	12,31620	12	0,4206
44	1,57202	4	0,8138	52,86275	8	**0,0000	2,27589	6	0,8927	7,41110	9	0,5944
45	4,71340	4	0,3180	9,11832	8	0,3324	3,04051	4	0,5511	3,56812	9	0,9375
46	1,34070	4	0,8544	3,56837	8	0,8938	4,39679	8	0,8197	10,67982	12	0,5565

\* P 0,05 G = graus liberdade

\*\* p 0,01 SIG = significância

## ANEXO 12

TABELA 5: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DE TODA A AMOSTRA, POR QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO

Q	Área	média	desvio	variância
Q1	CURSO DE GRADUAÇÃO (I)	4,500	0,869	0,755
Q2		4,710	0,680	0,462
Q3		2,666	1,497	2,241
Q4		2,606	1,434	2,056
Q5		3,245	1,479	2,182
Q6		3,297	1,232	1,518
Q7		2,531	1,277	1,632
Q8		2,099	1,243	1,544
Q9		3,553	1,271	1,615
Q10	PROFESSORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO (II)	2,639	1,276	1,628
Q11		2,513	1,240	1,537
Q12		4,170	1,140	1,300
Q13		2,661	1,419	2,013
Q14		2,480	1,288	1,658
Q15		2,290	1,196	1,431
Q16		2,542	1,280	1,638
Q17		2,540	1,304	1,700
Q18		2,365	1,279	1,636
Q19	MELHOR PROFESSOR (III)	4,201	1,100	1,210
Q20		1,816	1,181	1,394
Q21		3,216	1,432	2,052
Q22		3,971	1,248	1,557
Q23		1,615	1,121	1,279
Q24	MELHOR MÉDICO (IV)	4,134	1,026	1,053
Q25		1,892	1,228	1,508
Q26		3,741	1,167	1,362
Q27		2,416	1,393	1,940
Q28		1,290	0,834	0,696
Q29	RESPONSABILIDADE SOCIAL (V)	4,036	1,132	1,282
Q30		2,609	1,383	1,913
Q31		1,296	0,905	0,819
Q32		1,641	1,160	1,346
Q33		2,414	1,520	2,309
Q34		1,726	1,137	1,292
Q35	MELHOR MÉDICO (VI)	3,498	1,310	1,717
Q36		4,524	0,964	0,930
Q37		3,005	1,500	2,250
Q38		3,075	1,435	2,058
Q39		3,318	1,651	2,725
Q40		4,376	1,021	1,043
Q41	PERSONALIDADE ADULTA (VII)	3,929	1,117	1,247
Q42		4,597	0,795	0,632
Q43		4,408	1,019	1,039
Q44		4,292	1,047	1,096
Q45		4,524	0,959	0,919
Q46		4,093	1,008	1,017
TOTAL		143,148	15,711	246,844

## ANEXO 13

TABELA 6: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR, VARIÂNCIA E TAMANHO (n) DA SOMA DAS QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO, GRUPO POR GRUPO (1 a 22)

	média	desvio	variância	n
1	134,456	14,811	219,359	57
2	145,800	12,334	152,132	70
3	143,400	16,851	283,947	55
4	135,237	14,145	200,077	38
5	142,417	8,772	76,949	24
6	140,103	13,864	192,199	39
7	143,421	19,262	371,035	19
8	140,000	9,832	96,667	16
9	138,650	13,542	183,397	20
10	143,143	16,868	284,528	21
11	145,012	16,675	278,059	84
12	150,465	17,653	311,634	43
13	149,548	14,991	244,743	62
14	140,730	14,753	217,638	359
15	147,741	16,471	271,405	189
16	140,558	14,617	213,644	283
17	141,368	15,331	235,035	76
18	141,522	15,312	234,449	182
19	138,822	13,168	173,387	101
20	141,857	15,559	242,067	35
21	140,951	15,315	234,546	41
22	145,842	16,392	268,713	265
TOTAL	143,148	15,711	246,844	548

## ANEXO 14

TABELA A: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (ALUNOS DO 3º ANO)

Q	3º UFRGS			3º PUCRS			3º FFFCMPA		
	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA
Q1	4,281	1,082	1,1170	4,614	0,572	0,327	4,509	0,920	0,847
Q2	4,614	0,774	0,598	4,729	0,760	0,577	4,655	0,700	0,490
Q3	2,561	1,452	2,108	2,357	1,465	2,146	2,309	1,489	2,218
Q4	2,614	1,424	2,027	3,086	1,432	2,051	2,800	1,366	1,867
Q5	2,561	1,427	2,036	3,157	1,510	2,279	3,036	1,347	1,813
Q6	3,053	1,187	1,408	3,514	1,073	1,152	3,036	1,232	1,517
Q7	2,000	1,118	1,250	3,271	1,203	1,447	2,309	1,318	1,736
Q8	1,737	1,009	1,019	2,329	1,200	1,441	1,855	1,145	1,312
Q9	3,456	1,269	1,610	3,771	1,066	1,135	3,400	1,328	1,763
Q10	1,947	1,025	1,051	2,886	1,210	1,465	2,545	1,358	1,845
Q11	1,842	0,841	0,707	2,829	1,227	1,506	2,255	1,158	1,341
Q12	4,105	1,305	1,703	4,057	1,062	1,127	4,345	1,158	1,341
Q13	2,070	1,334	1,781	2,886	1,280	1,639	2,564	1,463	2,139
Q14	2,123	0,965	0,931	2,100	1,194	1,425	2,455	1,303	1,697
Q15	1,932	1,110	1,232	2,543	1,236	1,527	2,018	1,130	1,277
Q16	2,281	1,221	1,491	2,714	1,253	1,569	2,891	1,315	1,729
Q17	2,544	1,351	1,824	2,500	1,305	1,703	2,873	1,441	2,076
Q18	2,386	1,398	1,956	3,100	1,264	1,599	2,473	1,209	1,661
Q19	4,158	1,082	1,171	3,957	1,209	1,462	4,273	1,130	1,276
Q20	2,053	1,394	1,944	1,543	1,031	1,063	1,964	1,347	1,813
Q21	3,439	1,427	2,036	2,886	1,378	1,900	3,491	1,386	1,921
Q22	4,000	1,389	1,929	3,900	1,287	1,657	4,218	1,117	1,248
Q23	1,526	1,054	1,111	1,557	1,125	1,265	1,673	1,248	1,558
Q24	4,211	1,250	1,562	4,157	1,112	1,236	4,564	0,856	0,732
Q25	1,825	1,311	1,719	1,986	1,335	1,782	1,909	1,221	1,492
Q26	3,754	1,184	1,403	3,957	1,185	1,404	3,691	1,230	1,514
Q27	2,579	1,487	2,212	2,500	1,472	2,167	2,655	1,456	2,119
Q28	1,281	0,796	0,634	1,343	0,961	0,924	1,309	0,814	0,662
Q29	3,860	1,342	1,801	4,129	1,179	1,389	3,964	1,138	1,295
Q30	2,754	1,418	2,010	2,614	1,386	1,922	2,636	1,419	2,013
Q31	1,018	0,132	0,018	1,343	1,006	1,011	1,145	0,591	0,349
Q32	1,218	0,726	0,527	2,357	1,465	2,146	1,909	1,221	1,492
Q33	2,000	1,476	2,179	2,114	1,368	1,871	2,164	1,385	1,917
Q34	1,772	1,180	1,393	1,557	1,125	1,265	1,945	1,239	1,534
Q35	2,000	1,102	1,214	2,800	1,269	1,612	4,236	1,018	1,036
Q36	4,333	1,155	1,333	4,314	1,186	1,407	4,745	0,673	0,453
Q37	2,719	1,461	2,134	2,643	1,445	2,088	4,527	0,900	0,809
Q38	3,088	1,353	1,831	3,329	1,567	2,456	3,855	1,177	1,386
Q39	2,772	1,637	2,679	3,443	1,647	2,714	4,564	1,067	1,139
Q40	4,333	1,107	1,226	4,243	1,290	1,665	3,745	1,126	1,267
Q41	3,860	1,202	1,444	4,186	0,967	0,936	3,036	1,247	1,554
Q42	4,684	0,736	0,541	4,174	0,684	0,468	4,236	1,186	1,406
Q43	4,386	1,013	1,027	4,614	0,786	0,617	3,109	1,511	2,284
Q44	4,140	1,125	1,266	4,314	0,808	0,653	3,527	1,425	2,032
Q45	4,877	0,381	0,145	4,671	0,812	0,659	3,400	1,547	2,393
Q46	3,596	1,223	1,495	4,186	0,856	0,733	4,582	0,832	0,692
TOTAL	134,456	14,811	219,359	145,800	12,334	152,132	143,400	16,851	283,947
		n=57			n=70			n=55	

## ANEXO 15

TABELA B: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (ALUNOS DO 6º ANO)

Q	6º UFRGS			6º PUCRS			6º FFFCMPA		
	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA
Q1	4,421	1,106	1,223	4,458	0,658	0,433	4,641	0,743	0,552
Q2	4,632	0,751	0,563	4,708	0,751	0,563	4,667	0,737	0,544
Q3	2,763	1,567	2,456	2,667	1,373	1,884	2,590	1,428	2,038
Q4	2,342	1,400	1,961	2,167	1,167	1,362	2,744	1,601	2,564
Q5	2,763	1,478	2,186	3,125	1,424	2,027	3,000	1,395	1,947
Q6	2,658	1,072	1,150	3,458	1,215	1,476	2,897	1,142	1,305
Q7	1,789	0,905	0,819	2,333	0,917	0,841	2,282	1,255	1,576
Q8	1,605	0,823	0,678	2,000	1,142	1,304	1,923	1,085	1,178
Q9	3,211	1,339	1,792	4,042	0,908	0,824	3,462	1,411	1,992
Q10	2,342	1,279	1,637	2,042	1,122	1,259	2,436	1,314	1,726
Q11	1,974	1,150	1,324	2,667	1,204	1,449	2,256	1,117	1,248
Q12	4,342	0,938	0,880	4,583	0,717	0,514	4,436	0,968	0,937
Q13	2,000	1,208	1,459	2,833	1,239	1,536	2,513	1,485	2,204
Q14	2,316	1,233	1,519	2,292	0,955	0,911	2,385	1,369	1,874
Q15	1,737	1,005	1,010	2,250	0,676	0,457	2,179	1,144	1,309
Q16	2,658	1,419	2,015	2,292	1,083	1,172	2,410	1,409	1,985
Q17	2,263	1,288	1,659	3,042	1,197	1,433	2,692	1,360	1,850
Q18	2,132	1,234	1,523	2,583	1,100	1,210	2,103	1,231	1,516
Q19	4,000	1,395	1,946	4,000	1,180	1,391	4,205	1,031	1,062
Q20	1,579	0,948	0,899	1,792	0,977	0,955	1,615	1,016	1,032
Q21	3,316	1,544	2,384	3,042	1,398	1,955	3,026	1,423	2,026
Q22	3,868	1,455	2,117	4,125	0,947	0,897	3,897	1,373	1,884
Q23	1,605	0,974	0,948	1,250	0,442	0,196	1,692	1,217	1,482
Q24	4,079	1,239	1,534	4,208	0,932	0,868	4,333	0,955	0,912
Q25	2,026	1,325	1,756	2,042	0,999	0,998	1,949	1,450	2,103
Q26	3,947	0,957	0,916	4,042	0,751	0,563	3,821	1,167	1,362
Q27	2,079	1,217	1,480	2,542	1,587	2,520	2,256	1,371	1,880
Q28	1,263	0,760	0,578	1,000	0	0	1,179	0,451	0,204
Q29	3,974	1,174	1,378	4,000	0,885	0,783	4,051	1,234	1,524
Q30	2,474	1,268	1,607	2,625	1,056	1,114	2,538	1,620	2,623
Q31	1,237	0,714	0,510	1,000	0	0	1,487	1,167	1,362
Q32	1,632	1,239	1,536	1,417	0,654	0,428	1,795	1,260	1,588
Q33	2,000	1,294	1,676	2,333	1,494	2,232	2,282	1,538	2,366
Q34	1,711	1,063	1,130	1,375	0,711	0,505	1,795	1,196	1,430
Q35	3,263	1,032	1,064	3,333	1,239	1,536	3,308	1,173	1,377
Q36	4,237	1,240	1,537	4,833	0,381	0,145	4,487	1,048	1,099
Q37	2,500	1,289	1,662	2,750	1,189	1,413	2,846	1,647	2,713
Q38	3,000	1,315	1,730	3,042	1,398	1,955	2,615	1,310	1,717
Q39	3,105	1,721	2,962	3,458	1,532	2,346	2,795	1,673	2,799
Q40	4,368	1,125	1,266	4,625	0,495	0,245	4,513	0,854	0,730
Q41	3,947	1,114	1,240	3,917	1,100	1,210	4,000	1,124	1,263
Q42	4,711	0,802	0,644	4,917	0,282	0,080	4,718	0,724	0,524
Q43	4,605	0,718	0,516	4,708	0,690	0,476	4,385	1,161	1,348
Q44	4,132	0,991	0,982	4,083	1,213	1,471	4,385	1,016	1,032
Q45	4,605	0,755	0,570	4,583	1,018	1,036	4,692	0,950	0,903
Q46	4,026	0,854	0,729	3,833	0,917	0,841	3,821	1,233	1,520
TOTAL	135,237	14,145	200,077	142,417	8,772	76,949	140,103	13,864	192,199
		n=38			n=24			n=39	

## ANEXO 16

TABELA C: MÉDIAS, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (PG-UFRGS)

Q	PG UFRGS			PG UFRGS		
	média	desvio	variância	média	desvio	variância
Q1	4,211	1,228	1,509	4,063	1,340	1,796
Q2	4,579	0,838	0,702	4,438	0,814	0,662
Q3	3,105	1,629	2,655	3,250	1,438	2,067
Q4	2,737	1,522	2,316	3,063	1,340	1,796
Q5	3,000	1,599	2,556	2,625	1,455	2,117
Q6	3,421	1,170	1,368	3,375	1,310	1,717
Q7	2,526	1,389	1,930	1,875	0,806	0,650
Q8	1,842	1,119	1,251	1,375	0,806	0,650
Q9	3,789	1,182	1,398	3,375	1,455	2,117
Q10	2,632	1,257	1,579	2,438	1,153	1,329
Q11	2,158	1,259	1,585	2,063	1,389	1,929
Q12	4,421	1,017	1,035	3,563	1,413	1,996
Q13	2,684	1,376	1,895	2,813	1,559	2,429
Q14	2,947	1,393	1,942	2,438	1,315	1,729
Q15	2,105	1,197	1,433	1,938	1,124	1,262
Q16	2,000	1,106	1,222	1,750	0,856	0,733
Q17	2,895	1,487	2,211	2,438	1,315	1,729
Q18	2,105	1,150	1,322	1,313	0,479	0,229
Q19	4,474	1,020	1,041	4,250	1,183	1,400
Q20	1,789	1,134	1,287	1,813	1,167	1,362
Q21	3,316	1,455	2,117	3,500	1,095	1,200
Q22	4,474	0,513	0,263	3,875	1,360	1,850
Q23	2,053	1,508	2,275	1,938	1,389	1,929
Q24	4,526	1,124	1,263	4,313	1,014	1,029
Q25	1,684	1,108	1,228	1,938	1,289	1,662
Q26	4,158	0,765	0,585	3,750	0,931	0,867
Q27	2,368	1,461	2,135	2,500	1,265	1,600
Q28	1,421	1,121	1,257	1,375	1,025	1,050
Q29	4,053	0,911	0,830	4,188	0,911	0,829
Q30	2,368	1,383	1,912	2,750	1,291	1,667
Q31	1,053	0,229	0,053	1,188	0,750	0,563
Q32	1,474	1,124	1,263	1,313	0,704	0,496
Q33	2,368	1,640	2,690	2,188	1,471	2,612
Q34	2,474	1,307	1,708	2,438	1,504	2,262
Q35	3,368	1,212	1,468	3,813	1,047	1,096
Q36	4,421	1,071	1,146	4,063	1,436	2,063
Q37	2,842	1,302	1,696	2,563	1,504	2,262
Q38	3,105	1,370	1,877	3,063	1,569	2,462
Q39	2,632	1,739	3,023	3,250	1,732	3,000
Q40	4,632	0,496	0,246	4,938	0,250	0,063
Q41	3,474	1,219	1,485	4,375	0,500	0,250
Q42	4,368	1,012	1,023	4,500	0,632	0,400
Q43	4,421	1,121	1,257	4,625	0,619	0,383
Q44	4,316	0,946	0,895	4,313	1,014	1,029
Q45	4,579	0,961	0,924	4,750	0,447	0,200
Q46	4,053	1,177	1,386	4,250	0,577	0,333
TOTAL	143,421	19,262	371,035	140,000	9,832	96,667

n=19

n=16



## ANEXO 17

TABELA D: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (PG-PUCRS)

Q	PG PUC			PG PUC		
	média	desvio	variância	média	desvio	variância
Q1	4,800	0,410	0,168	4,667	0,483	0,233
Q2	4,750	0,550	0,303	5,000	0	0
Q3	2,050	1,146	1,313	2,905	1,729	2,990
Q4	3,050	1,504	2,261	3,048	1,203	1,448
Q5	3,150	1,565	2,450	3,571	1,326	1,757
Q6	3,400	1,353	1,832	3,286	1,309	1,714
Q7	2,050	0,945	0,892	2,619	1,203	1,448
Q8	2,000	1,170	1,368	2,190	1,250	1,562
Q9	3,300	1,593	2,537	3,286	1,309	1,714
Q10	2,750	1,251	1,566	2,810	1,470	2,162
Q11	2,700	1,418	2,011	2,762	1,480	2,190
Q12	4,450	1,099	1,208	4,190	0,928	0,862
Q13	2,400	1,536	2,358	3,048	1,532	2,348
Q14	2,400	1,536	2,358	2,190	1,123	1,262
Q15	2,200	1,056	1,116	2,571	1,326	1,757
Q16	1,950	1,050	1,103	2,667	1,390	1,933
Q17	2,250	1,118	1,250	2,238	1,091	1,190
Q18	1,950	1,050	1,103	2,000	1,225	1,500
Q19	4,050	1,050	1,103	3,857	1,389	1,929
Q20	1,450	0,945	0,892	1,714	1,189	1,414
Q21	2,850	1,461	2,134	3,286	1,309	1,714
Q22	3,950	0,945	0,892	3,551	1,363	1,857
Q23	1,400	0,995	0,989	1,571	0,870	0,757
Q24	4,300	0,979	0,958	4,048	1,244	1,548
Q25	1,750	1,070	1,145	1,952	1,117	1,248
Q26	3,600	1,142	1,305	3,619	1,203	1,448
Q27	1,800	1,196	1,432	2,095	1,179	1,390
Q28	1,100	0,308	0,095	1,095	0,436	0,190
Q29	4,200	1,240	1,537	3,762	1,044	1,090
Q30	2,100	1,252	1,568	2,714	1,521	2,314
Q31	1,450	1,234	1,524	1,286	0,902	0,814
Q32	1,750	1,293	1,671	1,524	1,123	1,262
Q33	1,800	1,196	1,432	2,190	1,436	2,062
Q34	1,350	0,813	0,661	1,619	0,921	0,848
Q35	3,450	1,050	1,103	3,667	1,197	1,433
Q36	4,750	0,444	0,197	4,667	0,730	0,533
Q37	3,200	1,322	1,747	2,857	1,493	2,229
Q38	2,850	1,309	1,713	2,810	1,569	2,462
Q39	3,300	1,720	2,958	3,190	1,721	2,962
Q40	4,750	0,444	0,197	4,714	0,561	0,314
Q41	3,800	1,152	1,326	4,048	1,117	1,248
Q42	4,650	0,587	0,345	4,667	0,658	0,433
Q43	4,550	0,759	0,576	4,571	0,676	0,457
Q44	4,150	1,309	1,713	4,095	0,995	0,990
Q45	4,750	0,444	0,197	4,667	0,483	0,233
Q46	3,950	0,945	0,892	4,238	0,889	0,790
TOTAL	138,650	13,542	183,397	143,143	16,868	284,528

n=20

n=21

## ANEXO 18

TABELA E: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (PROFES-  
SORES)

Q	Prof. UFRGS			Prof. PUCRS			Prof. FFFCMPA		
	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA
Q1	4,500	0,843	0,711	4,558	0,825	0,681	4,548	0,823	0,678
Q2	4,798	0,510	0,260	4,681	0,613	0,375	4,823	0,666	0,443
Q3	2,786	1,440	2,074	3,233	1,525	2,326	2,694	1,553	2,413
Q4	2,202	1,315	1,730	2,419	1,592	2,535	2,355	1,404	1,970
Q5	3,786	1,363	1,857	3,605	1,466	2,149	3,823	1,409	1,984
Q6	3,524	1,256	1,578	3,372	1,363	1,858	3,645	1,216	1,479
Q7	2,774	1,320	1,743	2,837	1,379	1,901	2,823	1,261	1,591
Q8	2,393	1,431	2,049	2,372	1,398	1,953	2,516	1,400	1,959
Q9	3,512	1,285	1,650	3,628	1,254	1,573	3,758	1,237	1,531
Q10	2,845	1,275	1,626	3,233	1,212	1,468	2,887	1,203	1,446
Q11	2,810	1,207	1,457	2,930	1,280	1,638	2,823	1,195	1,427
Q12	3,881	1,375	1,889	2,279	0,984	0,968	4,065	1,084	1,176
Q13	2,881	1,435	2,058	2,953	1,447	2,093	2,871	1,408	1,983
Q14	2,690	1,299	1,686	2,744	1,382	1,909	3,016	1,373	1,885
Q15	2,512	1,275	1,626	2,744	1,255	1,576	2,419	1,249	1,559
Q16	2,595	1,253	1,569	2,884	1,238	1,534	2,597	1,299	1,687
Q17	2,310	1,232	1,517	2,977	1,282	1,642	2,290	1,193	1,423
Q18	2,202	1,210	1,465	2,512	1,316	1,732	2,371	1,271	1,614
Q19	4,310	0,931	0,867	4,465	0,855	0,731	4,387	1,014	1,028
Q20	1,940	1,176	1,382	1,767	1,212	1,468	2,081	1,284	1,649
Q21	3,000	1,431	2,048	3,093	1,601	2,563	2,839	1,428	2,039
Q22	3,595	1,407	1,979	4,442	0,666	0,443	4,048	1,193	1,424
Q23	1,726	1,236	1,577	1,488	1,077	1,161	1,613	1,136	1,290
Q24	4,476	0,702	0,493	4,419	0,982	0,963	4,274	1,074	1,153
Q25	1,690	1,041	1,084	1,814	1,200	1,441	2,065	1,304	1,701
Q26	3,512	1,294	1,675	3,651	1,152	1,328	3,565	1,276	1,627
Q27	2,286	1,276	1,628	2,628	1,415	2,001	2,548	1,445	2,088
Q28	1,369	0,875	0,766	1,093	0,479	0,229	1,516	1,211	1,467
Q29	3,952	1,181	1,395	4,186	1,075	1,155	4,210	0,960	0,923
Q30	2,512	1,418	2,012	2,837	1,379	1,901	2,710	1,360	1,849
Q31	1,274	0,827	0,683	1,814	1,468	2,155	1,387	1,014	1,028
Q32	1,452	1,034	1,070	1,558	1,240	1,538	1,371	0,910	0,827
Q33	3,143	1,561	2,437	2,628	1,559	2,430	2,935	1,577	2,488
Q34	1,702	1,095	1,200	1,465	0,960	0,921	1,742	1,186	1,408
Q35	4,095	1,013	1,027	3,814	1,332	1,774	4,226	0,982	0,965
Q36	4,536	0,950	0,902	4,721	0,701	0,492	4,694	0,667	0,446
Q37	2,929	1,503	2,260	3,302	1,505	2,264	2,887	1,505	2,266
Q38	3,024	1,481	2,192	2,744	1,416	2,004	2,887	1,461	2,135
Q39	3,071	1,626	2,645	3,721	1,469	2,158	3,306	1,615	2,609
Q40	4,179	1,272	1,618	4,512	0,736	0,542	4,661	0,571	0,326
Q41	4,036	0,924	0,854	3,977	1,244	1,547	4,290	0,894	0,800
Q42	4,452	0,884	0,781	4,651	0,720	0,518	4,645	0,575	0,331
Q43	4,500	0,814	0,663	4,674	0,715	0,511	4,661	0,700	0,490
Q44	4,619	0,863	0,745	4,488	0,910	0,827	4,726	0,632	0,399
Q45	4,548	0,870	0,757	4,442	0,983	0,927	4,677	0,647	0,419
Q46	4,083	1,100	1,210	4,410	0,990	0,980	4,274	0,813	0,661
TOTAL	145,012	16,675	278,059	150,465	17,653	311,634	149,548	14,991	244,743
		n=84			n=43			n=62	

## ANEXO 19

TABELA F: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (POR GRUPOS FORMADOS)

Q	32+62+PG (14)			Prof. (15)			32+62 (estudantes) (16)		
	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA
Q1	4,485	0,890	0,792	4,529	0,829	0,687	4,491	0,873	0,761
Q2	4,677	0,722	0,521	4,772	0,589	0,347	4,668	0,741	0,549
Q3	2,565	1,486	2,207	2,857	1,504	2,261	2,502	1,464	2,144
Q4	2,766	1,424	2,029	2,302	1,406	1,978	2,710	1,434	2,058
Q5	2,975	1,452	2,108	3,757	1,397	1,951	2,936	1,440	2,074
Q6	3,175	1,198	1,436	3,529	1,266	1,602	3,124	1,177	1,385
Q7	2,387	1,239	1,534	2,804	1,308	1,711	2,413	1,264	1,598
Q8	1,925	1,110	1,232	2,429	1,407	1,980	1,936	1,106	1,223
Q9	3,158	1,277	1,630	3,619	1,260	1,588	3,541	1,250	1,561
Q10	2,476	1,266	1,602	2,947	1,241	1,540	2,424	1,259	1,586
Q11	2,340	1,220	1,488	2,841	1,214	1,475	2,311	1,168	1,364
Q12	4,242	1,098	1,206	4,032	1,207	1,456	4,258	1,089	1,185
Q13	2,538	1,404	1,970	2,094	1,421	2,021	2,484	1,377	1,896
Q14	2,306	1,224	1,498	2,810	1,343	1,804	2,258	1,185	1,405
Q15	2,162	1,142	1,303	2,534	1,261	1,591	2,145	1,132	1,280
Q16	2,479	1,285	1,652	2,661	1,264	1,597	2,576	1,301	1,692
Q17	2,585	1,328	1,763	2,455	1,257	1,579	2,622	1,346	1,810
Q18	2,384	1,293	1,673	2,328	1,254	1,573	2,523	1,316	1,733
Q19	4,111	1,167	1,362	4,370	0,940	0,883	4,102	1,167	1,362
Q20	1,747	1,155	1,335	1,947	1,219	1,487	1,763	1,172	1,373
Q21	3,209	1,410	1,987	2,968	1,466	2,148	3,205	1,429	2,043
Q22	3,989	1,251	1,564	3,937	1,247	1,549	3,996	1,284	1,649
Q23	1,604	1,113	1,240	1,635	1,166	1,361	1,572	1,087	1,182
Q24	4,270	1,084	1,175	4,397	0,903	0,815	4,265	1,084	1,174
Q25	1,919	1,256	1,577	1,841	1,174	1,379	1,943	1,290	1,663
Q26	3,836	1,110	1,233	3,561	1,252	1,567	3,852	1,129	1,276
Q27	2,398	1,408	1,983	2,450	1,366	1,866	2,459	1,437	2,065
Q28	1,256	0,770	0,593	1,354	0,943	0,890	1,261	0,769	0,591
Q29	4,008	1,154	1,332	4,090	1,090	1,189	4,000	1,185	1,404
Q30	2,588	1,381	1,908	2,651	1,389	1,931	2,618	1,385	1,918
Q31	1,223	0,791	0,626	1,434	1,078	1,162	1,216	0,772	0,595
Q32	1,741	1,206	1,455	1,450	1,044	1,089	1,799	1,231	1,516
Q33	2,128	1,412	1,995	2,958	1,570	2,466	2,127	1,411	1,991
Q34	1,760	1,157	1,339	1,661	1,097	1,204	1,714	1,136	1,290
Q35	3,195	1,316	1,733	4,074	1,089	1,186	3,095	1,348	1,817
Q36	4,468	1,032	1,065	4,630	0,812	0,660	4,459	1,049	1,100
Q37	3,008	1,500	2,249	3,000	1,505	2,266	3,042	1,527	2,332
Q38	3,159	1,418	2,011	2,915	1,456	2,120	3,216	1,412	1,992
Q39	3,329	1,679	2,819	3,296	1,600	2,561	3,396	1,667	2,778
Q40	4,357	1,036	1,074	4,413	0,994	0,988	4,251	1,119	1,252
Q41	3,836	1,164	1,356	4,106	1,000	0,999	3,816	1,186	1,406
Q42	4,616	0,814	0,662	4,561	0,760	0,577	4,633	0,833	0,694
Q43	4,312	1,122	1,260	4,593	0,757	0,572	4,251	1,187	1,408
Q44	4,117	1,115	1,243	4,624	0,807	0,651	4,092	1,129	1,275
Q45	4,501	1,019	1,038	4,566	0,833	0,694	4,452	1,098	1,206
Q46	4,058	1,019	1,038	4,159	0,987	0,975	4,042	1,044	1,090
TOTAL	140,730	14,753	217,638	147,741	16,474	271,405	140,558	14,617	213,644
	n=359			n=189			n=283		

## ANEXO 20

TABELA G: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (POR GRUPOS FORMADOS)

Q	PG (UFRGS+PUCRS) (17)			3º (18)			6º (19)		
	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA
Q1	4,461	0,958	0,918	4,478	0,871	0,759	4,515	0,879	0,772
Q2	4,711	0,649	0,422	4,670	0,744	0,554	4,663	0,739	0,546
Q3	2,803	1,549	2,401	2,407	1,464	2,143	2,673	1,457	2,122
Q4	2,974	1,376	1,893	2,852	1,416	2,005	2,455	1,439	2,070
Q5	3,118	1,496	2,239	2,934	1,451	2,106	2,941	1,427	2,036
Q6	3,368	1,263	1,596	3,225	1,175	1,380	2,941	1,165	1,356
Q7	2,289	1,141	1,302	2,582	1,330	1,769	2,109	1,876	1,158
Q8	1,882	1,131	1,279	2,000	1,152	1,326	1,822	1,014	1,028
Q9	3,434	1,379	1,902	3,560	1,219	1,485	3,505	1,309	1,712
Q10	2,671	1,279	1,637	2,489	1,260	1,588	2,307	1,255	1,575
Q11	2,447	1,399	1,957	2,346	1,169	1,366	2,248	1,170	1,368
Q12	4,184	1,140	1,299	4,159	1,171	1,372	4,436	0,899	0,808
Q13	2,737	1,491	2,223	2,533	1,389	1,930	2,396	1,377	1,842
Q14	2,487	1,351	1,826	2,214	1,167	1,363	2,337	1,219	1,486
Q15	2,224	1,184	1,403	2,209	1,189	1,415	2,030	1,014	1,029
Q16	2,118	1,166	1,359	2,632	1,280	1,637	2,475	1,339	1,792
Q17	2,447	1,259	1,584	2,626	1,364	1,860	2,614	1,319	1,739
Q18	1,868	1,063	1,129	2,687	1,394	1,818	2,228	1,207	1,458
Q19	4,145	1,174	1,379	4,115	1,148	1,318	4,079	1,206	1,454
Q20	1,684	1,098	1,206	1,830	1,265	1,601	1,644	0,976	0,952
Q21	3,224	1,343	1,803	3,242	1,417	2,008	3,139	1,456	2,121
Q22	3,961	1,125	1,265	4,027	1,272	1,618	3,941	1,310	1,716
Q23	1,724	1,207	1,456	1,582	1,138	1,294	1,554	0,995	0,990
Q24	4,289	1,093	1,195	4,297	1,097	1,204	4,208	1,061	1,126
Q25	1,829	1,124	1,264	1,912	1,289	1,661	2,000	1,296	1,680
Q26	3,776	1,040	1,083	3,813	1,198	1,435	3,921	0,997	0,994
Q27	2,171	1,279	1,637	2,571	1,465	2,147	2,257	1,369	1,873
Q28	1,237	0,781	0,610	1,313	0,864	0,747	1,168	0,549	0,301
Q29	4,039	1,038	1,078	3,995	1,219	1,486	4,010	1,127	1,270
Q30	2,474	1,371	1,879	2,665	1,400	1,959	2,535	1,361	1,851
Q31	1,250	0,866	0,750	1,181	0,717	0,514	1,277	0,862	0,742
Q32	1,560	1,089	1,186	1,885	1,276	1,627	1,644	1,137	1,292
Q33	2,132	1,427	2,036	2,093	1,401	1,964	2,188	1,433	2,054
Q34	1,934	1,226	1,502	1,742	1,182	1,397	1,663	1,051	1,106
Q35	3,566	1,124	1,262	2,984	1,447	2,094	3,297	1,127	1,271
Q36	4,500	0,973	0,947	4,451	1,059	1,122	4,475	1,035	1,072
Q37	2,882	1,395	1,946	3,236	1,557	2,425	2,693	1,412	1,995
Q38	2,947	1,432	2,051	3,412	1,418	2,012	2,861	1,334	1,781
Q39	3,092	1,714	2,938	3,571	1,646	2,710	3,069	1,663	2,765
Q40	4,750	0,465	0,217	4,121	1,206	1,455	4,485	0,901	0,812
Q41	3,908	1,085	1,178	3,736	1,224	1,499	3,960	1,104	1,218
Q42	4,553	0,737	0,544	4,560	0,901	0,811	4,762	0,680	0,463
Q43	4,539	0,807	0,652	4,088	1,289	1,661	4,545	0,911	0,830
Q44	4,211	1,062	1,128	4,022	1,166	1,359	4,218	1,055	1,112
Q45	4,684	0,616	0,374	4,352	1,188	1,412	4,634	0,891	0,794
Q46	4,118	0,923	0,852	4,121	1,049	1,101	3,901	1,025	1,050
TOTAL	140,558	14,617	213,644	141,522	15,312	234,449	138,822	13,168	173,387
		n=76			n=182			n=101	

## ANEXO 21

TABELA H: MÉDIA, DESVIO ESTANDAR E VARIÂNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO (POR GRUPOS FORMADOS)

Q	PG (UFRGS) (20)			PG (PUCRS) (21)			Prof. + PG (médicos) (22)		
	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA	MÉDIA	DESVIO	VARIÂNCIA
Q1	4,143	1,264	1,597	4,732	0,449	0,201	4,508	0,865	0,749
Q2	4,514	0,818	0,669	4,878	0,400	0,160	4,756	0,605	0,366
Q3	3,171	1,524	2,323	2,488	1,519	2,306	2,846	1,513	2,289
Q4	2,886	1,430	2,045	3,049	1,341	1,798	2,489	1,428	2,039
Q5	2,829	1,524	2,323	3,366	1,445	2,088	3,564	1,458	2,126
Q6	3,400	1,218	1,482	3,341	1,315	1,730	3,485	1,263	1,594
Q7	2,229	1,190	1,417	2,341	1,109	1,230	2,654	1,280	1,638
Q8	1,629	1,003	1,005	2,098	1,200	1,440	2,267	1,354	1,834
Q9	3,600	1,311	1,718	3,293	1,436	2,062	3,568	1,293	1,673
Q10	2,543	1,197	1,432	2,780	1,351	1,826	2,861	1,259	1,584
Q11	2,114	1,301	1,692	2,732	1,432	2,051	2,722	1,282	1,643
Q12	4,029	1,272	1,617	4,317	1,011	1,022	4,079	1,187	1,409
Q13	2,743	1,442	2,079	2,732	1,550	2,401	2,842	1,442	2,081
Q14	2,714	1,363	1,857	2,293	1,327	1,762	2,718	1,348	1,818
Q15	2,029	1,150	1,323	2,390	1,202	1,444	2,444	1,243	1,546
Q16	1,886	0,993	0,987	2,317	1,274	1,622	2,508	1,257	1,579
Q17	2,686	1,408	1,987	2,244	1,090	1,189	2,451	1,253	1,569
Q18	1,743	0,980	0,961	1,976	1,129	1,274	2,192	1,218	1,484
Q19	4,371	1,087	1,182	3,951	1,224	1,498	4,305	1,014	1,028
Q20	1,800	1,132	1,282	1,585	1,072	1,149	1,872	1,187	1,410
Q21	3,400	1,288	1,659	3,073	1,385	1,920	3,038	1,432	2,051
Q22	4,200	1,023	1,047	3,756	1,179	1,389	3,947	1,209	1,461
Q23	2,000	1,435	2,059	1,488	0,925	0,856	1,658	1,175	1,381
Q24	4,439	1,065	1,134	4,171	1,116	1,245	4,365	0,959	0,919
Q25	1,800	1,183	1,400	1,845	1,085	1,178	1,835	1,157	1,339
Q26	3,971	0,857	0,734	3,610	1,159	1,344	3,624	1,195	1,428
Q27	2,429	1,357	1,840	1,951	1,182	1,398	2,365	1,345	1,810
Q28	1,400	1,063	1,129	1,098	0,374	0,140	1,320	0,898	0,807
Q29	4,114	0,900	0,810	3,976	1,151	1,324	4,075	1,072	1,149
Q30	2,543	1,336	1,785	2,415	1,414	1,999	2,598	1,382	1,909
Q31	1,114	0,530	0,281	1,366	1,067	1,138	1,380	1,022	1,044
Q32	1,400	0,946	0,894	1,634	1,199	1,438	1,470	1,054	1,110
Q33	2,286	1,545	2,387	2,000	1,323	1,750	2,714	1,574	2,477
Q34	2,457	1,379	1,903	1,488	0,870	0,756	1,737	1,139	1,297
Q35	3,571	1,145	1,311	3,561	1,119	1,252	3,921	1,125	1,265
Q36	4,257	1,245	1,550	4,707	0,602	0,362	4,590	0,861	0,741
Q37	2,714	1,384	1,916	3,024	1,405	1,974	2,962	1,471	2,165
Q38	3,086	1,442	2,081	2,829	1,430	2,045	2,929	1,445	2,089
Q39	2,914	1,738	3,022	3,244	1,700	2,889	3,237	1,630	2,657
Q40	4,771	0,426	0,182	4,732	0,501	0,251	4,541	0,887	0,787
Q41	3,886	1,051	1,104	3,927	1,127	1,270	4,049	1,025	1,050
Q42	4,429	0,850	0,723	4,659	0,617	0,380	4,560	0,751	0,564
Q43	4,514	0,919	0,845	4,561	0,709	0,502	4,579	0,769	0,592
Q44	4,314	0,963	0,928	4,122	1,144	1,310	4,504	0,904	0,817
Q45	4,657	0,765	0,585	4,707	0,461	0,212	4,602	0,776	0,603
Q46	4,143	0,944	0,891	4,098	0,917	0,840	4,147	0,966	0,933
TOTAL	141,857	15,559	242,067	140,951	15,315	234,546	145,842	16,392	268,713
		n=35			n=41			n=266	

**ANEXO 22: ENTREVISTA A****UFRGS** (Universidade Federal do R.G.S.)**Aluno**

- 1) Não se faz nada do ponto de vista objetivo e direto nem antes de entrarem no curso, nem depois. Os encontros entre diretor e alunos se dão no sentido de recepcioná-los, os alunos deixam a impressão de que existe entusiasmo e vontade de iniciar logo o curso.

O que se nota, em termos de motivação ao longo do curso, é que raramente há evasão e cancelamento da matrícula, parece que há uma boa adaptação ao curso.

- 2) Os alunos acham que o curso é muito fragmentado (uma das principais queixas), precisam correr de um lado para outro nas diferentes disciplinas, não existe uma área central, uma **faculdade** em si, para formar uma **identidade** como faculdade. As atividades são dispersas, o curso não trabalha em cima de objetivos específicos, não encontram uma vinculação direta entre o Ciclo Básico e o Ciclo Clínico (outra grande queixa). Os professores são, na maioria, bons especialistas em suas áreas específicas mas não cumprem horários e atividades didático-pedagógicas, as atividades estão muito concentradas em nível de atendimento terceário e quaternário.

- 3) Em primeiro lugar, aprender a fazer (isto é, saber clínica, fazer partos, atender crianças, algo de cirurgia e ortopedia, entre outras áreas), o que, de alguma forma, acabam aprendendo no curso (as outras colocações são já su-gestões).

- 4) Integração maior entre o Ciclo Básico e o Ciclo Clínico; exposição precoce do aluno na atividade assistencial, de preferência na rede pública, com a participação, de um modo crescente, em nível de complexidade (Iº, IIº, IIIº e IVº); reestruturação **completa e imediata dos currículos**, destacando a formação acima da informação (sendo esta instrumento para o formar), também uma integração interdisciplinar e interdepartamental, com a participação ativa dos professores nos níveis de complexidade (rede pública + ensino + pesquisa + extensão), cumprimento das atividades e carga horária pelos professores, colocação do ensino junto da pesquisa e extensão.

### **Professor**

- 1) São pessoas interessadas em solucionar **seus** problemas (pessoais), em cima disto vão adaptando seus programas de ensino, pesquisa e extensão, quando deveria ser o contrário - primeiro a instituição e depois encaminhar sua vida..
- 2) Nas Ciências Básicas há uma tendência maior à profissionalização do professor, ele dedica maior carga horária no ensino, pesquisa e extensão, se envolve muito mais em projetos de pesquisa de relevância que o pessoal das clínicas.
- 3) Poucos são os que fizeram pós-graduação (na área da Educação), pouquíssimos são os que utilizam e aplicam (são cabeças de difícil modificação), trabalham muito mais em função de certos modelos e passam a vida toda sem ter como mudar. A grande maioria (uns 80%) não tem formação didático-pedagógica.
- 4) Não é bom (não que haja explicitação de animosidades), por

que há fragmentação das turmas e pouca vivência professor-aluno, sobrecarga em assistência, em vez de ensino e pesquisa. O professor vai fazendo e o aluno acompanhando, não acontece um intercâmbio bom a grande nível (com todos).

- 5) Integração Ciências Básicas/Ciências Clínicas, voltar ao que era em 1968, com uma exposição precoce do aluno aos serviços médicos, em complexidade crescente (nível primário, secundário e terciário); montagem de laboratórios do ciclo básico junto com a pesquisa do pós-graduação (exposição precoce à pesquisa); professores das ciências básicas trabalhando com os das ciências biológicas (e vice-versa); construção de um prédio completo (Biblioteca, Centro Acadêmico e locais para todas as atividades); profissionalização do professor.

#### **Melhor professor**

- 1) O que tem carga horária maior, dedicado ao ensino, pesquisa e extensão; que faça da procura e aplicação de conhecimentos o seu laboratório de ensino.
- 2) Com bom relacionamento com os alunos, com os colegas, que não tenha a pretensão de saber tudo, que trabalhe como **modelo** e **tutor** (honesto, cumpridor, transmitidor de conhecimento, gerador de conhecimento, disponível).
- 3) Ele mesmo deve definir qual sua função social **como professor**, tenha idéia do que é ser um professor, dedicação exclusiva com tempo integral geográfico (as 40h mais possibilidade de trabalho junto c/alunos, pesquisa e extensão), deve ser um cientista (quer seja na esfera tecnológica, quer seja na esfera social, a nível primário e secundário)



e saber se comportar como tal (senso crítico, poder criador, humildade, solidariedade). Participar de debates periódicos sobre o preparo didático-pedagógico do professor.

### **Melhor aluno**

- 1) Aquele que procura crescer em cima das dúvidas; o que segue seu ritmo próprio e por meio da descoberta; utiliza os estímulos positivos e negativos do professor e das áreas físicas para seu próprio desenvolvimento; aquele que gosta de estudar; que tem prazer em procurar e descobrir coisas; tem bom relacionamento com seus colegas e professores.
- 2) Competente, aplicado, estudioso, cooperativo (sabe trabalhar em grupo), curioso, solidário, intelectual (em outras áreas também, como história, política), respeitador dos colegas (religião, fantasias).
- 3) Criação de áreas físicas adequadas; inserção no atendimento nos três níveis; preparo didático-pedagógico dos professores; novas alternativas para ensinar (vídeo e minicomputador podem ajudar porque o aluno acaba estudando sozinho, tem maior liberdade); diminuir as atividades teóricas e substituir por teatro, história, cinema, lazer, política (com isto evitar de "formar monstros").

### **Melhor médico**

- 1) Integrado na comunidade onde trabalha; que seja um agente de saúde e como tal trabalhe com prevenção, identificação, encaminhamento e solução de problemas de sua competência; que mantenha o hábito diário de estudar; que tenha formação humanística, além da técnica; que entenda suas limita-

no das necessidades dos pacientes (evitando a auto-suficiência); que não seja nem o primeiro nem o último a usar certo tipo de remédio ou técnica; que tenha um profundo respeito pelos semelhantes e pacientes.

2) Idem ao anterior.

3) Em primeiro lugar, escolas de medicina devem formar profissionais que estejam comprometidos com as profundas mudanças sociais do país, procurando uma melhoria de qualidade de vida da população brasileira.

Não deve só formar médicos para o mercado de trabalho mas procurar pensar no futuro do país em termos de saúde, prevenção, meio-ambiente, ecologia, trabalho, habitação, alimentação.

Também que exerça sua profissão, de preferência, uma atividade no mesmo local de área definida, o seu meio de sustento e realização como pessoa.

### **Responsabilidade Social**

1) A sociedade pensa que a Faculdade de Medicina da UFRGS tem o **poder mágico** de formar profissionais competentes, idôneos e que tenham grande sucesso na sociedade.

2) Em desenvolvimento com toda a sociedade, de um modelo de médico clássico (como profissional liberal pago pelo seu trabalho) para dois modelos de futuro: médico de cuidados gerais (que trabalhe junto à comunidade, podendo ser chamado de cientista social) e diversos médicos especializados (que utilizam as mais modernas e sofisticadas técnicas e equipamentos, em centros de referência e excelência). Provavelmente teremos uma rede de saúde bem organizada a ní-

vel de Iº, IIº e IIIº grau de atendimentos, com o melhor da oferta e qualidade nos Serviços Públicos, em paralelo com os privados. Seria o ideal que, do ponto de vista de prestígio e até financeiro, os níveis Iº e IIº tivessem equivalência aos de IIIº.

- 3) Um somatório de esforços, no sentido de identificar e selecionar os problemas mais comuns de saúde da população, no local de seu surgimento. Aí vem a prevenção, educação e política dos problemas ligados à saúde.
- 4) Ela tem uma visão da sociedade, no entanto atua como há 20 anos, pensando no profissional liberal quando não há mais condições para isto. Ela está participando junto com outras Universidades, órgãos de classe (de todas categorias sociais), no sentido de aplicação do SUS (Sistema Unificado de Saúde), tem o papel de colocar em andamento este projeto de modo harmônico e eficiente.
- 5) Primeiro, formar uma pessoa, não informar; depois, dotá-la de senso crítico, poder criador e solidariedade, comprometida com as profundas modificações que a sociedade necessita. Poucas pessoas conseguem chegar à universidade pública brasileira, o custo é alto e é a sociedade como um todo que paga para formar estes profissionais, isto deveria ser revertido em benefício de uma melhor qualidade de vida de toda população.

#### **Desempenhos médicos**

- 1) No mínimo realizar uma boa formação, ter compromisso social com o seu trabalho, condições ambientais adequadas para o desenvolvimento de sua profissão, ganho razoável, se-

gundo os padrões das demais profissões técnico-científicas (federal, estadual e municipal).

- 2) Normas de conduta baseadas nos princípios da moral, do relacionamento entre as pessoas, que o médico deve adotar sempre em defesa dos pacientes e familiares. A ética médica deve ser aplicada em favor do paciente, nunca como atitude corporativista (no sentido de auto-proteção de uma classe).
- 3) Respeito, amizade, sinceridade, franqueza...
- 4) Formando o profissional, tendo na formação uma elaboração permanente da Ética Médica, introduzindo a disciplina, p. ex., de Medicina Psicossomática para aprofundar mais na relação médico-paciente.

#### **Personalidade Adulta**

- 1) Em relação ao aluno: se criará um Núcleo da Unidade para estudar isto, especialmente quando entra no Curso (dificuldades, esclarecimentos de dúvidas e decorrências), o qual está ligado diretamente à direção da faculdade.

O aluno tem o primeiro crescimento consigo mesmo, um choque inicial com a morte e o morto (choque porque está na fase de **viver tudo**); também se inicia uma lenta e permanente **tentativa de auto-afirmação** e vai aumentando com a incorporação de novos conhecimentos, o que, não raro, chega ao ponto de **onipotência** e, o que é pior, **onisciência** (convenhamos, para quem começa com a morte e termina por acreditar que tem o pleno poder sobre as coisas...).

Em todo caso, o médico trabalha sempre em cima de muitas dúvidas e, como vive inseguro, se sente **muito cobrado e culpado**.

Em relação ao professor: acaba sendo professor porque quer aprofundar em tudo, quer errar menos e depois transmitir estes conhecimentos isto é a maioria), outros porque dá prestígio e conseguem **púlpito e platéia cativos**. Os que se dedicam (são poucos) são profissionais na carreira do magistério, ensinando e pesquisando e fazendo extensão, publicam, têm senso crítico e a linguagem utilizada é a do limite da linguagem técnico-científica, enquanto que os outros falam mais em "na minha casuística, de acordo com o que eu li...".

- 2) Para alunos - já vai ser montado este Núcleo, para o professor um tipo de preparo pedagógico e científico permanente, com reuniões e discussões. (Quanto aos problemas de saúde de cada um, eles deveriam ser resolvidos pessoalmente: psiquiatria, assistência médica e odontológica, jurídica...).
- 3) Relembrando sucintamente: estruturas (como laboratórios), integração entre o ciclo básico e o médico; exposição mais precoce no nível Iº, IIº e IIIº e outros.
- 4) No ensino de graduação, baseando-se na procura e descoberta e não só na informação; criando condições para formar dois profissionais para a sociedade (aquele cientista social, o médico generalista e o especialista, um cientista que não só vai copiar outras realidades mas vai saber adequar e modificar). Também um trabalho em forma multidisciplinar na área de saúde, na universidade. Aprimorar os programas de Educação Médica Continuada e Educação para a Saúde. Maior integração entre a graduação, o pós-graduação e a extensão. Definir linhas de pesquisa onde se vai atuar e investir ne-

las.

Integrar todos os cursos de pós-graduação com os departamentos e a direção.

#### **Questões complementares**

Professores- aproximadamente 290

Funcionários - aproximadamente 130

Alunos - ingressam duas turmas de 60 ao ano

Os cursos de Educação Continuada já acontecem há 2 anos, têm o sentido de trazer novamente para a universidade os profissionais de mais de cinco anos de formado atualmente todas as 480 vagas estão preenchidas.

Programas de Educação para a Saúde - já se editou até um livro, com uma linguagem mais acessível ao leigo, resumos dos tópicos já abordados serão publicados posteriormente nos meios de comunicação de massa. A longo prazo vai se trabalhar com a comunidade e especialmente a nível de escolas (para dar um sentido efetivo de multiplicação) e os alunos vão participar diretamente da programação.

**ANEXO 23: ENTREVISTA B****PUCRS** (Pontifícia Universidade Católica do R.G.S.)**Alunos**

1) Se tem idéia de como os alunos viam a instituição há 5 anos (através do PAME), que durou aproximadamente durante dois anos e meios levantando dados com alunos e professores, o que resultou em uma mudança de currículo (atitudes da instituição em relação à metodologia e aplicação de conteúdos), mais filosofia de instituição que apenas modificações didático-pedagógicas. Fundamentalmente é motivar o aluno à Medicina através de um contato precoce com a Medicina, desde o primeiro ano (com a disciplina Cirúrgica I).

Os alunos tinham proposta de vida e entravam na faculdade, sendo jogados nas disciplinas morfológicas e só entravam em contato com prática no terceiro ano, agora não é mais assim.

Também aumentar o tempo de internato para um e meio anos. Continuamos avaliando constantemente. A metodologia pedagógica antecedeu este projeto, se foi à faculdade de Educação, em 1984, e iniciaram o curso de Metodologia do Ensino Superior vários professores, bem como Mestrado em Educação, dos 30 terminaram 5 até agora.

Como indicador, dados obtidos informalmente com alunos e através dos comportamentos observados (e conversas com professores e administração), a proposta que a faculdade levou a efeito está sendo bem aceita, especialmente pelos alunos.

2) A não ser as conversas dos alunos, não é fácil inferir. Estamos tentando ver de modo quantitativo os coeficientes de

rendimento (notas) das três primeiras turmas que estão passando com a reforma havida, só que não há ainda turmas completas para fazê-lo.

- 3) Se tem durante o curso, não se tem contato antes do curso.
- 4) No currículo anterior trouxeram muitas coisas que auxiliaram na própria mudança do currículo: horários, espaços perdidos (especialmente no ciclo básico), extensão das práticas.

#### **Professor**

- 1) Atualmente os departamentos estão muito bem orientados, trabalhando sobre objetivos. Alguns professores realizam cursos na PUC (Mestrado, Especialização) em Educação e outros em outras áreas específicas.
- 2) Se fosse em termos de metodologia, deveria ser muito bem feito porque são áreas bem distintas, o aluno muitas vezes julga o durante é difícil comparar o depois. No lado dos professores, as matérias do básico são pré-requisito obrigatório. São grandezas diferentes, com bases diferentes para serem julgadas.
- 3) Isto é difícil de avaliar. Se tenta incentivar os professores na área de Educação. Cada disciplina e o próprio conteúdo deve ser para aquela realidade. Aquele que pode avaliar é o próprio receptor (o aluno), que não tem tantas condições, algumas vezes, porque está no processo.
- 4) Muito bom, em princípio, e isto é detectável com o pouco atrito em termos administrativos e nos departamentos. Aqui há mais contato do professor com o aluno, há boa relação



porque os próprios alunos das várias séries não se rejeitam.

- 5) Se está montando planos de avaliação em diversos departamentos, com indicadores precisos sobre a implantação das previsões do currículo novo, à medida que ele vai se procurando.

Também está prevista uma série de reuniões de esclarecimento do que é avaliação. Se investe no professor, inclusive com cursos no exterior, na própria faculdade e outros setores (Educação).

Antes da mudança do currículo os professores também colocaram algumas modificações que foram aceitas e implantadas.

### **Melhor professor**

- 1) Um professor que esteja em um processo interativo com os objetivos do ensino médico, atento a que está formando profissionais de uma área crítica da sociedade, o homem que vai tratar do homem (é uma visão até filosófica).
- 2) Competência, presença (atuação), tolerância, doação, pronto servir, simplicidade, acessibilidade, a primeira resposta é sempre um sim (para não afastar o aluno no primeiro contato).
- 3) Fazer cursos, saber avaliar, administração do ensino, entendendo que há uma relação entre professor-aluno-administração.

### **Melhor aluno**

- 1) É difícil responder, não há como medir, o certo é que não é o nota dez ou o que sempre cumpre tudo (daria para vali-

dar se o mesmo passasse por todos e mesmo assim seria difícil). Veria o que sai como melhor médico e isto se vai saber só depois. Até seria aquele que chegasse a satisfazer seus próprios objetivos plenamente.

- 2) Pontual, presente, estudioso, atuante no processo durante toda sua formação.
- 3) Currículo adequado, para prepará-los precocemente junto à sua própria proposta de vida, condições de viabilizar sua formação sólida na área cognitiva e fundamentada em habilidades e técnicas (o fazer e o aprender).

#### **Melhor médico**

- 1) Que esteja altamente profissionalizado, consciente do papel da profissão e dele próprio na sociedade e cultura em que vive.
- 2) Competência, presença, disponibilidade, tolerância, doação, amor à profissão.
- 3) As sugestões fogem praticamente da faculdade, iniciam bem antes, passam por melhoras na sociedade (doutrinária e filosóficas e de atuação de um melhor homem), passando na faculdade, segue na profissionalização.

#### **Responsabilidade Social**

- 1) Em termos de faculdade, ela é reconhecida no estado e país, a sociedade não tem demonstrado restrições, dentro das informações que se tem recebido.
- 2) O papel ultrapassa as características de tecnologia profissional, se situa em um referencial doutrinário filosó-

fico, no campo político e muitas vezes se confunde com até aspectos místicos (dependendo do nível cultural do paciente), por ele representam, em termos naturais, a única possibilidade de modificar o curso das doenças que sempre ameaçam a sobrevivência. Talvez aí o grande amor ou a grande raiva e ódio.

- 3) A Atenção Primária é condição fundamental na Medicina, visa tratar as condições de saúde no primeiro escalão, que muitas vezes se tornam graves porque não são manejados adequadamente pelos órgãos responsáveis ou não são incluídas nos planos de governo com a ênfase necessária. Não é encarada, na faculdade, como prioritária, em relação às outras áreas, não cair no fanatismo.
- 4) O papel do médico de ontem e na humanidade desde que surgiu, na dependência do progresso, da época em que está situada, da cultura e do povo onde é exercida e na consciência e recursos disponíveis pelos governantes.
- 5) Dando a formação global adequada.

#### **Desempenhos médicos**

- 1) Competência, disponibilidade, transparência de propósitos nos atos, consciência do papel que exerce e onde atua. O resto é consequência.
- 2) O que é a ética - a relação com a sociedade; ética formal; autônoma; é a consciência moral - é que realmente passa a ter uma relação clara entre o seu ser (ele médico) e o meio que o cerca (dentro e fora da profissão).
- 3) Princípios éticos de ambos os lados (direitos e deveres).

- 4) Tendo princípios filosóficos e educacionais claros e buscando um desempenho didático-pedagógico que oportuniza um melhor desempenho profissional e ético.

### **Personalidade Adulta**

- 1) Aluno - como ficam 6 anos é mais difícil detectar o que realmente se modificou. Em termos de instituição, ela tem 15 anos e é difícil avaliar. Faltam indicadores mais precisos para avaliar as diferentes áreas de vida.
- 2) Sem o problema identificado, é difícil resolver.
- 3) Consolidá-la como instituição dentro da área da medicina: forte, com vida própria, capaz de contribuir para a Comunidade Científica, buscando a qualidade.
- 4) Faculdade estruturada, com graduação, pós-graduação, extensão, com um planejamento, administração e avaliação contínua adequadas à sociedade.

### **Questões Complementares**

Aqui só se faz Educação Médica em termos de formar os alunos. Ao professor se oferece oportunidade de curso dentro e fora da universidade.

Nº alunos 74 p/ano

Nº professores + 223

Tem graduação, pós-graduação (especialização, residência) e extensão (cursos).

**ANEXO 24: ENTREVISTA C**

**FFFCMPA** (Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre)

**Alunos**

1) Em geral, a direção da faculdade participava muito mais, especialmente através da disciplina de EPB, no primeiro semestre, onde havia um diálogo com os alunos recém ingressados). A impressão da direção era que chegavam motivados: com a idéia de servir (não idéia de mercantilização), até um pouco idealistas e sonhadores. Uma aferição direta não é prevista.

2) A impressão dos últimos anos (especialmente através dos representantes dos alunos) é de ter uma visão deformada do curso.

Não têm idéia do que é **democratização da universidade** (acham que é só mudar algumas coisas, p.ex. o currículo e pronto).

3) Idem à (2).

4) Referem a isto que chamam de "democratização" (no entanto **todos** deveriam votar, e não um assembleísmo de alunos, como ocorre no Centro Acadêmico).

**Professores**

1) De uma maneira geral são professores bem formados (em termos médicos), têm esta ética e moral, na fundação da faculdade foram muito bem escolhidos (em 1960), quando a faculdade ainda era particular. Havia um concurso interno e uma consulta ao CFE. Alguns até não têm uma formação didático-

pedagógica.

Houve um curso interno, em 1973, especialmente para os professores da faculdade, através da Faculdade de Educação da UFRGS. Depois houve concursos internos, para substituições, até 1978. Após este ano se iniciou com concursos públicos específicos (alguns). Nestes 3 últimos anos houve um incremento nos concursos (saídas, aposentadorias, mortes).

- 2) Há professores muitos bons em ambas áreas, aqui quase todos os das ciências básicas têm tendência para a área clínica (muitos atuam na clínica), um pouco diferente que em outras faculdades.
- 3) Alguns professores fizeram este curso e outros realizaram na própria UFRGS (curso de Metodologia do Ensino Superior) e alguns na própria PUC.
- 4) Em geral é bom, os professores estão à disposição dos alunos sobre assuntos de aula e de ensino, talvez porque haja esta grande proporção professor/alunos. Estamos com uma relação de 1 professor/48 alunos. Até um comentário complementar: junto com a Escola Paulista de Medicina, somos as duas instituições privadas, que foram federalizadas, que têm a maior proporção no país todo. Também somos a única escola de medicina do país, ao que parece, que tem ensino clínico gratuito, isto é, **não** temos de pagar um hospital porque a Santa Casa oferece a clientela somente em troca do bom atendimento e sempre colabora e nós também.
- 5) Novas alterações curriculares, até termos uma comissão paritária (com os representantes dos departamentos e dos alunos) que fará isto neste ano de 1989.

**Melhor professor**

- 1) Segundo o item 8 da Declaração de Edimburgo (e vale para professor e alunos): as **qualidades pessoais** são decisivas na formação do aluno. Os predicados de ordem pessoal se deve ter e demonstrar, o exemplo que é silencioso serve muito de modelo. Não se consegue alterar nada no currículo sem colocar o pessoal, tem que ser humanizador.
- 2) Idem.
- 3) Começando na avaliação do currículo e em suas possíveis modificações, não só o currículo. Tem que ter a qualidade teórica, científica e de Homem como professor.

**Melhor aluno (e melhor médico)**

- 1) Aquele que saísse daqui tendo no seu interior o que pôde colher dos seus professores, em termos técnico-científicos, de moral e ética.
- 2) Idem.
- 3) Muitas coisas são colocadas pelos representantes dos alunos, do Centro Acadêmico e nos contatos informais, seria conseguir formar um melhor modelo.

**Responsabilidade Social**

- 1) Isto já se tentou apurar através de um trabalho conjunto com a Medicina, Educação e outras faculdades da UFRGS, através de um levantamento do nível de qualidade dos egressos (exame AMRIGS, exame Board...), então seríamos a segunda do estado, logo após a UFRGS.

Por outro lado temos vários de nossos ex-alunos que ocupa

que o próprio MEC tem esta idéia a nosso respeito.

- 2) É quase incomensurável, há uma atividade educativa reconhecida por todos e o médico tem uma atividade singela, mas isto em países desenvolvidos.

Nos em desenvolvimento deverá ser multiplicado por 100 porque faltam outros elementos e o médico, do jeito que anda **mercantilizando**, não sabe o mal que está fazendo.

- 3) É uma atuação de Medicina Preventiva e até Puericultura. No Brasil, de São Paulo para baixo **temos**, nas grandes cidades (isto é, nas periferias delas), até que **não é tão necessário** (talvez pelas próprias influências culturais europeias), mas no Norte/Nordeste **não temos** e em alguns lugares existem aldeias só de leprosos. Lá não existe nada de Atenção, muito menos Primária.

- 4) Realmente, o papel desta faculdade é exatamente a formação do médico, isto é, a multiplicação de uma capacidade de fazer algo pelo que sofre. Se aqui na faculdade se pode influir, se multiplica o que se pode fazer lá fora (muito mais que ficar nas colocações do papel).

- 5) Indiretamente pelo desempenho e exemplo dos responsáveis pela educação do médico, dentro da faculdade, do hospital e na vida.

#### Desempenhos médicos

- 1) A instituição deve dar a parte científica, o silencioso exemplo, os comportamentos médicos face a seus desafios profissionais. De um lado é de foro interno (ética), do Homem de uma determinada formação face o Homem que sofre, a re-



com os colegas e não tê-lo com o paciente, este não pode ser considerado um bom médico.

- 2) Puramente humanístico ou até transcendente, o fundamental é a relação com o outro.
- 3) Deveria ser a solidariedade (no sentido de qualidade de ser um só, tratar o outro como se fosse, junto com ele mesmo, um só), sublimando isto especialmente na relação médico-paciente, um sentido humanista-existencial (outros chamariam de caridade, amor).
- 4) Pode ser de várias formas: dando a formação científica indispensável para isto. Disse Fernando Carneiro que um indivíduo mal formado não tem direito de exercer a medicina, senão engana o próximo e dá ao próximo o que não pode dar porque não o tem.

Ao mesmo tempo pelo exemplo, não só a palavra, bem como na solidariedade.

### **Personalidade Adulta**

- 1) Se nota esta imaturidade do aluno, quando entra, ele tem a impressão que sabe tudo e dá uma demonstração muito triste deste despreparo. É um final de Adolescência quase incompatível com a vida acadêmica, isto também se nota nos representantes acadêmicos, a nível de colegiado.

Há também o caso de professores que estão com mais de 65 anos e ainda dão bons exemplos de modelos, seriam as exceções.

De um modo geral os professores são ajustados, os alunos também (há uns 15/20% que não) e que vão atingindo a maturidade dentro do curso médico (estudam na biblioteca, par-

ticipam das atividades mas não tanto no Centro Acadêmico). Os dirigentes do Centro Acadêmico pertencem a estes 15/20% e isto pode distorcer a visão sobre todos os alunos, todos eles deveriam participar mais e não estão.

- 2) Para os professores, com a nova constituição (os de 40h) há o ano sabático, as licenças-prêmio, o novo plano de carreira e eles deveriam aproveitar. Também propiciar todo o equipamento que é possível para o ensino e pesquisa (o que se reverte para o aluno, especialmente através de bolsas de iniciação científica).
- 3) Na verdade é com relação com o ano orçamentário de 1989, devido aos cortes violentos.
- 4) Existem planos nos vários departamentos mas a angústia é como financiar tudo isto. Há também um aumento do número de vagas para residentes e há perspectivas de colocar em funcionamento cursos de especialização, dois de mestrado e um de doutorado ainda em 1989.

#### **Questões complementares**

A faculdade foi criada em 1960/1961 e iniciou em 1961 (como Fundação Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre), sendo a primeira turma de 1966. Foi federalizada em 1970/1971. Na própria estrutura interna ela é um pouco diferente da lei de diretrizes e bases (5540), que estabelece o departamento como a fração menor, aqui há concursos por disciplina e divisões por disciplinas (tudo aprovado pelo MEC) e isto é uma grande vantagem em relação à UFRGS.

Em termos de Educação Médica há a idéia dos Mestrados (Farmacologia e Patologia) e Doutorado em Pneumologia. Isto levaria a uma Educação Médica Continuada, podem utilizar seus próprios alunos, bem como realizar extensão universitária.

**ANEXO 25: ENTREVISTA D****CREMERS** (Conselho Regional de Medicina do R.G.S.)**Aluno**

1) O CREMERS não realiza este tipo de levantamento de dados, existem contatos para tentar colocar a disciplina de Ética Médica nas faculdades através da sua diretoria. Houve cursos para pós-graduados (residentes) em que se trabalhou questões de crítica na prática médica para estes residentes.

Há também sessões ético-científicas, onde os assuntos éticos relacionados com diversas áreas de medicina são discutidos, são mensais com um convidado especial, dirigido mais para os residentes.

(Alunos de graduação só a idéia de disciplina específica).

2) As observações que se têm são de que os estudantes estão completamente **crus** para com a Medicina e o curso, como o contato é no final do curso, o que se nota é que muitos deles passaram pelo curso e não se aperceberam dele.

3) Muito mais preocupados com o aprendizado para uma prática imediata do que com o conhecimento universal, gerando uma especialização precoce.

4) Falta uma consciência, em geral, de que isto necessita ser modificado, mas não é verbalizado.

**Professor**

1) Muito preocupados, pelo que se consegue detectar, em transmitir conhecimentos específicos, não muito preocupados em transmitir conhecimento e exemplos de ética profissional,

bem como o exemplo (modelo) pessoal.

- 2) Ciências básicas parece que estão mais preocupadas com a universalização, visão global da necessidade de transmitir conhecimentos aos alunos, nas Ciências Médicas parece que não é assim.
- 3) Não há como responder diretamente por falta de um contato mais próximo.
- 4) Se deveria estar dentro da universidade, houve uma aproximação maior entre alunos e professores, menos distanciamento, o professor é menos **magister** e mais um orientador.
- 5) Se poderia converter na direção de melhor ensino da ética, durante todo o curso médico e não na disciplina de Medicina Legal e Deontologia Médica.

#### **Melhor professor**

- 1) Com capacidade de orientação universal, Medicina e a vida de um modo geral, entremeado com orientações técnico-científicas da prática médica e demonstrando a preocupação ética do exercício profissional.
- 2) Conhecimento universal sem perder a vinculação da necessidade de orientação prática (não é transformar o curso de Medicina em Filosofia) é a interrelação com o conhecimento geral, colocando o médico na sociedade, orientando a prática do exercício profissional.
- 3) Os próprios professores realizaram seminários no sentido de auto-avaliação, avaliação do ensino médico e retroalimentações mais seguras. Não adianta só alguns se preocuparem,

**Melhor aluno**

- 1) Que tenha visão global da sociedade e de seu papel de médico no futuro, com a responsabilidade perante a sociedade e o paciente, desde o **início** do curso (não no evoluir). Até deveria existir um pré-curso, de preparação antes do curso médico, com temas sobre a sociedade, a medicina, o papel do médico, isto antes de se iniciar propriamente as disciplinas que vão aprofundar.
- 2) Consciência do papel social; dedicado ao aprendizado; com posicionamento crítico em relação à realidade em que vive, não se contentar com o aprendizado teórico em direção ao consultório particular mas ir para a realidade da vida (**em que a Medicina é a própria doença**).
- 3) Idem ao 1, uma preparação prévia ao curso.

**Melhor médico**

- 1) Com visão social do seu papel como agente de saúde e executando tarefas dentro dos princípios éticos da profissão.
- 2) Ser responsável, entra aqui o cumprimento de horário, a prática...
- 3) Mudanças no curso de formação, mudanças depois da formação - como exemplo agora há a formação do Corpo Clínico do Hospital, evitando que o exercício fique isolado, toda a equipe do hospital assume a responsabilidade do que ocorre, com isto começa a se modificar a prática e o médico se preocupa mais, há um Regimento Interno, Comissões de Ética, de Controle de Infecção.  
O médico é o responsável direto, através de sua organiza-

### **Responsabilidade Social**

- 1) Houve mudança em relação à imagem da instituição, que era muito alterada pela mídia, se começou a reverter a idéia de corporativismo e de proteção aos pares, hoje é respeitada e quando o Conselho se posiciona ele é acatado, no social em geral. Estamos longe de ser uma OAB (que luta por fora da entidade, na questão dos direitos humanos, e mudanças sociais mais amplos). Agora a visão introspectiva está sendo modificada.
- 2) Médico tem a mesma responsabilidade de todos os cidadãos, tem conhecimento humanístico que teve oportunidade de receber no curso (não pode ser só pessoal mas ter uma posição crítica do que está acontecendo).
- 3) Em primeiro lugar, difundir uma consciência de saúde na população, ela deve se preocupar com aquilo que lhe tira a saúde - com programas que dão cultura para entender e educar estas pessoas (além dos conhecimentos ditos tradicionais, transmitir mais para eles).
- 4) Participar na transformação social, toda luta de sociedade (visão política e não a política partidária mas evitar instalações até de ideologia das quais não gostamos ou que nada tem a haver).
- 5) Participando em todas as formas de discussão destes assuntos e exigindo a participação da sociedade com o poder de liberativo nestas decisões.

### **Desempenhos médicos**

- 1) Entram várias coisas - má formação do médico, como visão

problemas que não são diretamente do médico. Deveria haver também uma distritalização do atendimento (tipo o sistema inglês).

- 2) Evitar idéia distorcida - a ética não é propriedade do médico, é na realidade uma proteção da sociedade, o médico pode fazer o que quer e a ética serve para a sociedade estar protegida.
- 3) Auto-confiança de ambas as partes, um mínimo de interferência da instituição ou terceiros, no fim a resposta final é do médico.
- 4) A responsabilidade de procurar ver os desvios, até denunciando publicamente estes desvios de terceiros sobre a prática, uma das questões mais discutidas é a do atestado médico.

#### **Responsabilidade Adulta**

- 1) Não existe este retorno, se tem notado que se formam cada vez mais jovens, acima dos 30 anos são raríssimos.
- 2) Promovendo discussões e chamando colegas para orientação individual, talvez antes de chegar no CREMERS, se pudesse discutir nas próprias Comissões de Ética.
- 3) Dentro do momento de mudança política da estrutura de saúde do país não há clareza, se destroi o sistema anterior nesta transição não fica claro o que se fará, isto atinge a categoria e a prestação do serviço à população.  
Já houve uma espécie de inversão de valores, no início da década pouco se ouvia falar de que alguém deixou de ser atendido, hoje se ouve falar que poucos deixaram de ser aten-

dados sem taxas extras, influência política ou bate-boca. É evidente que isto deve ser entendido como transição, pode ser dolorosa para a medicina e a sociedade.

- 4) Discussão clara com vários representantes do governo, com a categoria sobre as modificações do Sistema de Saúde, contatos com as entidades médicas (inclusive em viagens ao interior, bastante requisitados hoje em dia).

#### Questões complementares

Atualmente existem, em exercício, aproximadamente 12.500, mas temos 16.500 filiados (há vários aposentados, mortos e transferidos).

CREMERS é uma autarquia autônoma, sem subsídios a não ser a taxa compulsória anual. Foi criado por lei em 1957, entrou em funcionamento em 1957. Até 1983 só existia através do conselho, com 20 efetivos, 20 suplentes e dois representantes da AMRIGS (1 efetivo e 1 suplente), são 42.

A partir de 1983 se criaram as delegacias seccionais (27 regiões), o que coloca três delegados efetivos e três suplentes. A partir de 1985 se criaram os Conselhos de Ética em qualquer local que tenha mais de cinco médicos.

Há também uma assessoria jurídica interna, só para o Conselho, o setor de contabilidade, secretaria.

Ocorrem reuniões ordinárias mensais e extraordinárias para julgamento dos processos.

Ocorrerão sessões ético-científicas, em contato com a AMRIGS que terá a parte científica e o CREMERS com a ética, nos cur-



sos de Educação Continuada.

Se tem feito várias reuniões no interior com tema específico e depois em debate geral. Também há que se estudar forma conjunta com a Universidade, através de mesas redondas, seminários e reuniões.

**ANEXO 26: ENTREVISTA E****SIMERS** (Sindicato Médico do R.G.S.)**Aluno**

- 1) O SIMERS não está preocupado diretamente porque é responsável pelos formados. Há preocupação da presença da Instituição com a Semana Acadêmica, aí se nota que há alunos mais politizados, portanto preocupada com a inserção social do médico, tanto do curso como deles como médicos (tirar medicina do elitismo, medicina social e comunitária).
- 2) Grande número de alunos, nestas semanas acadêmicas, acham os cursos distanciados da realidade social brasileira (acreditam que modificando currículo muda tudo).  
Inscrição precoce do aluno na parte social.  
A UFRGS, por exemplo, perdeu sua identidade como faculdade (pela perda do local físico) e sobressai o Hospital de Clínicas. A FFFCMPA parece entrar no mesmo sentido em relação à Santa Casa. Na PUC há uma grande preocupação com a área de extensão, correndo o mesmo risco de o Hospital se sobressair mais.  
A UFRGS encastelou-se nela mesma, não há abertura em relação à sociedade.
- 3) O que se nota é que esperam um curso terminal, que saiam da faculdade e possam enfrentar mercado de trabalho mais tranquilamente que agora, em que existe necessidade da residência (como complementação e não superação de conhecimento, onde ela deveria se encaixar).
- 4) Colocando a mudança do currículo e passagem mais precoce no social, a instituição fica preocupada e até discorda com

esta precocidade no sentido de nem passar por matérias básicas e ir diretamente para a área social.

### Professor

- 1) Não dá para separar o próprio papel de professor, por um lado os professores desgostosos com a carreira universitária, baseado até em termos econômicos. Professor titular deveria ganhar a mesma coisa que o alto escalão do INAMPS, só que este ganha o dobro.

O **estatus do magistério** é visto como forma de ascensão social e profissional, mas é então paradoxal porque na prática ganha bem menos.

- 2) A diferença fundamental é que nas Básicas o professor se dedica mais ao ensino e pesquisas, nas Médicas o ensino e pesquisa tem sido **decorrente** mais do atendimento, até forçado pela própria instituição hospitalar (talvez fosse um pouco diferente se os hospitais não fossem pagos por tarefa, por rotatividade). Os hospitais passaram a ser uma atividade-fim e não atividade-meio.
- 3) Dentro da Medicina e nas Ciências Básicas não é feita a formação, parecem mais feitos a machado, muito auto-didatas. A formação a nível de mestrado e doutorado nas áreas clínicas tem sido mais extensões da residência e não para formar professores.
- 4) Aqui existem dois níveis totalmente diferentes, nas Ciências Básicas e Médicas (de internato). Há um bom interrelacionamento, embora extremamente prejudicado nestas divisões por créditos, em disciplinas em que existe pouco contato entre professor/aluno em termos de tempo e nas aulas

- 5) Indiscutivelmente, dentro das colocações críticas dos professores: diminuição do número de alunos, tanto de ingresso como da redistribuição de turmas (número absoluto e o relativo).

Alguns professores colocam a necessidade da volta do curso seriado, 1º, 2º, 3º anos, com pré-requisitos e ordenação lógica, em vez de créditos, às vezes sem pré-requisitos e relocação das disciplinas dentro de um curso seriado.

Visão defendida, até pessoalmente, de itens que melhorariam: atividades extra-muros (até como pedra filosofal, que está na dependência de SUDS e distrito universitário); relacionamento concreto interdepartamental e depois intradepartamental. Isto melhoraria os cursos e o relacionamento geral.

### **Melhor professor**

- 1) Melhor começar com o estar **vocacionado** para o magistério, dentro disto especificamente, querer ser professor antes de querer ser o profissional.
- 2) Um indivíduo, antes de tudo, como **modelo** na formação, **criador de curiosidade** (e não fonte de informação), **orientador** para as respostas (não dar a resposta pronta), ter intrinsecamente formação didático-pedagógica e cultura além da cultura profissional.
- 3) A primeira, visão institucional, é dar boas condições de trabalho e remuneração adequada e suficiente, sem o que não haverá estímulo. Também o estímulo à educação continuada, permanente, extensionista, bem como o coroamento - o estímulo à dedicação exclusiva (mesmo), respeitando a vocação

**Melhor aluno**

- 1) Em concreto, um sujeito **inquisidor** (não necessariamente contestador).
- 2) Além de inquisidor, assume compromissos viáveis e os cumpre.
- 3) Viabilização com atividade extra-muros, professor satisfeito (no sentido de modelo), redimensionamento dos alunos e professores, modelo didático-pedagógico em permanente desafio.

**Melhor médico**

- 1) Para a instituição, é um médico, antes de tudo, com comportamento ético (impecável se possível), atualizado, interpreta o que é o termo **liberal** independentemente da vinculação econômica, competente na área em que atua e que interpreta que a parte associativa (sindicato, associações) é extremamente importante para se manter ético, atualizado e competente.
- 2) Idem, além disto quanto melhor cidadão for, mais interessado no contexto maior, quanto mais culto for e comprometido com a profissão, sociedade denunciadora do que vai agir na interferência do "completo bem-estar físico, psíquico e social" da OMS.
- 3) Essencial, para a instituição, é lutar para manter o médico atualizado (amplamente, não só profissional e técnico, também no mundo extra médico, isto depende de condições de trabalho e ganho).

### Responsabilidade Social

- 1) Pelo que se pode ter de retorno, hoje o SIMERS o papel de ser a força política médica no estado (não no sentido de sermos amados). O respeito da sociedade como um todo, é muito ouvida e procurada (não necessariamente aceita), se reflete até nos meios de comunicação de massa.
- 2) O médico, no nosso tipo de sociedade, tem um papel de extrema importância, que no entanto é negada (sofrendo uma proposta de rejeição e fica difícil de saber porque). Rejeição enquanto a ser corporativo, no entanto o código de ética coloca muito mais vedações que direitos. A desmoralização causa a diminuição do poder até político.
- 3) Aplicação - como está sendo projetada e executada hoje é completamente **paliativa** e **demagógica** (a que está) e o SIMERS é contra - deverá ser auto-solucionativa, auto-resolutiva. Deveria ser como o sistema inglês.
- 4) O principal papel: deve ser um **denunciador** do que está errado. Dentro deste sentido, medicina como todo, colocar claramente proposta de prioridades, no senso amplo: tentar agir contra a "corporação estado" que quer ser a detentora da verdade.
- 5) O SIMERS tem duas linhas que vem ao encontro: assumir uma visão corporativa em relação ao médico (condições de trabalho + plano de carreira, cargos e salários + remuneração adequada) por esclarecimento a nível de opinião pública. Depois de atendido, assumir seus deveres (não dá para separar os direitos dos deveres).

### Desempenhos médicos

- 1) De acordo com as anteriores.
- 2) O "ethos" fundamental do médico é antropocêntrico e a visão mais humana mais relevante do ser humano é a vida - toda ética deve se dirigir em relação à vida humana, sem inquirir muito (sobre aborto, eutanásia,...). Respeito pela vida e ser humano são o sentido relevante.
- 3) A relação médico-paciente obviamente deveria ser a dois, hoje em dia é a três ou mais. Seria muito melhorada se não ficasse dependente de **horários** mas como **cumprimento de tarefas** - na realidade cumprimos os contratos de meios com o paciente e são com os fins - levam a sério isto, por parte do paciente. O médico deverá ser uma **sua** escolha de confiança (o paciente é que tem o "seu médico" e não "o médico tem o meu paciente".  
O restabelecimento de linguagem franca e aberta.
- 4) Trabalho permanente do SIMERS na fração corporativa (compromisso de lugar, contrato de meios e não fins).  
Dentro do contexto mais amplo da sociedade, tentando interessar os médicos a se importarem por esta luta e tentando fazer a sociedade entender esta corporativização.

### Personalidade Adulta

- 1) O SIMERS é departamentalizado, entre eles há o Departamento do Médico Jovem, que faz uma pesquisa com pessoas recém-formadas e aos 8 anos de formado (já há 4 anos se realiza isto) onde se descobriu que
  - Relacionamento emprego - maioria trabalha
  - Relação anos de formado x ganho - até os quatro anos de

- formado há paridade entre os homens e mulheres e depois disso se altera (prole, dependência, fatores sociais...)
- Permanece o desejo como autônomo - 2% querem ser apenas empregados, 30% querem ser apenas autônomos, apesar de que 98% colocam que deveria haver um emprego de sustentação, até uma dita medicina "liberóide" (com os convênios)
  - Quando atinge, no consultório, o número de 1000 a 2000 atendimentos ocorre um aumento vertiginoso no gráfico de ganho, talvez porque no início só o colega é que desvia os pacientes, depois é o próprio paciente que envia amigos.

Na fase de Adulto Médio, o Sindicato luta pelo médico em qualquer lugar e situação, permanente para ter o direito de trabalhar como se quer e ver respeitado este direito e ver removidos os obstáculos.

Na fase de Adulto Velho, (fase "geriátrica") face à insegurança na aposentadoria (todas) há ansiedade enquanto à quantidade de trabalho (frente ao tempo e físico até) em função do econômico. Pela presença do médico muito jovem no campo de trabalho e falta real de uma educação médica, há uma contestação da capacidade profissional (isto é, não "fossiliza", extranhamente, aquele que está no meio universitário).

O SIMERS tem, nos próprios estatutos, que a pessoa acima dos 65 anos, que tenha exercido medicina há 30 anos, e tenha sido sócio do sindicato há  $\pm$  15 anos, seja isentado da mensalidade e possa até concorrer a cargos.



empregos sejam empregos, retirando os níveis de subpagamentos.

Todos - conscientização de que somos vítimas de falsas relações de emprego e explorados (até está no código de ética).

- Departamento de Serviços + Departamento Jurídico têm aumentado de tamanho e de pessoal
- Há uma ação política, de esclarecimento.

3) Momento de mudança, transição - em geral (país) na saúde e no sindicalismo, com os "direito de isto e aquilo" - se perguntaria "como a medicina sairá engrandecida?"

4) Detectar mudanças

Futuro - o SIMERS tem Diretoria, Assembléia e Delegados Regionais e agora tem quatro diretorias.

Existem delegados nos locais de trabalho, delegados regionais, polos regionais sindicais (atualmente 8, com assessoria jurídica e serviços), Conselho Consultivo e Diretoria (mais como executiva) e Assembléia Geral (decisória).

Para isto se teve que realizar uma reforma nos próprios estatutos. Há uma preocupação política em geral (eleições no ano que vem). Há uma tentativa de inserir o Sindicato na macroestrutura e microestrutura do Sistema de Saúde, com vez, voto e fiscalização.

Sobre a origem, o Sindicato foi criado em 1931 e teve sua carta sindical em 1938, é praticamente estadual (excetuando os municípios de Rio Grande, Santa Maria, Caxias e Novo Hamburgo). Foi criado para combater o charlatanismo vigente na época, uma pressão para criar a lei do médico, pas-

sou durante ano praticamente parado.

Há pouco tempo se retornou com a luta pelo corporativismo do médico.

A própria diretoria tem uma pseudo-hierarquia intensa porque a eleição é indireta, é a diretoria que se auto-organiza, todos são diretores e se respeita as vocações profissionais dos 7 membros e suplentes e o que interessa é o **aparecimento** da instituição.

Há Departamentos de Serviços, Administrativo, Econômico, Jurídico, Médico Jovem, Interior, Diretoria.

Atualmente há cerca de 4.000 médicos sindicalizados (até o quarto ano de formado se paga a metade o valor mensal de filiação).

Não há uma preocupação específica com a Educação - isto é mais realizado com a AMRIGS. Há projetos sobre a criação do plano de carreira, cargos e salários, o que vai se refletir também para o médico. A idéia é tempo de serviço + critérios de médicos e aí entraria esta área de Educação Continuada.

Como anseios:

\* um crescimento pessoal do médico - respeitado como cidadão (questão política, democracia **sem** adjetivos); permitida vida digna, com remuneração compatível com preparação; moradia, lazer e instrução.

\* projeção profissional, respeito de todos, permitir o crescimento individual (extensão, educação continuada, atualização).

\* funcionalmente ter condições de trabalho adequadas, aspirações sociais e pessoais por **seus** próprios meios.

Tudo isto permeando a moral e a ética.

**ANEXO 27: ENTREVISTA F****AMRIGS (Associação Médica do R.G.S.)****Aluno**

- 1) A AMRIGS não tem elementos para julgar, no momento, as motivações dos alunos, nem para encaminhar a uma das faculdades. Pode-se partir do ponto de vista de que existem diferentes motivações para os três cursos.
- 2) Em contatos diretos com alunos, têm sido esquematicamente com dois grupos: tipo de aluno que exerce liderança (extremamente contestador, crítico do tipo tudo errado, acabar com tudo e começar de novo, proposta de ensino voltada para a sociedade onde está). O outro grupo está preocupado em oferecer complementação do aprendizado aos pares (seminários, cursos, solicita as instalações e orientação). Os dois demonstram, à sua maneira, **insatisfação** com status quo.
- 3) Unida à anterior, grau de aplicação direta não existe (só o indireto informal).
- 4) O grupo de complementação estaria menos diretivo na mudança, é complementar o curso. O outro grupo é contestador, radical e com jargão padronizado, que certamente tem propostas bastante concretas mas não está sendo processado em termos de detecção.

**Professor**

- 1) A AMRIGS não tem uma avaliação do professor dos cursos. Se tem um instrumento que é o Exame AMRIGS, que faz análise do **produto final de todos os cursos**. Se este instrumento pode dizer alguma coisa do professor individualmente, den-

tro do processo como um todo, é difícil dizer com certeza, e isto poderia ser dirigido até para determinadas áreas (o processamento de grade de respostas dá isto mais ou menos e os resultados inclusive são enviados a todas as faculdades).

- 2) Não temos elementos diretos (o próprio exame não tem esta diferença), existe cogitação de colocar parte intermediária entre as duas partes do exame (básico e clínico).
- 3) A resposta é paralela, a AMRIGS entende que os professores necessitam, de modo geral, de formas de padronização mais profissional do que atualmente é, o que temos são professores-médicos que exercem o magistério, às vezes de forma intuitiva e aos poucos **vão se fazendo**, ou não, à medida da experiência.
- 4) Não há como detectar diretamente.
- 5) O que tem chegado é que os professores estão preocupados com uma análise crítica do momento e a Universidade ou Faculdade, em função de todas modificações, inclusive governamentais, em relação à situação Saúde / Doença da população e sistema de aprendizado. Estão buscando uma reavaliação neste sentido, com pensamentos que vão de encontro às perguntas dos alunos do grupo radical - abertura do sistema de ensino-aprendizagem com integração com sistema assistencial. A revisão da estrutura curricular, não são todos os professores que acreditam, em geral a entendem como forma entre interessante e adequada.

**Melhor professor**

## 1) Seria o ideal?

Para a AMRIGS é aquele profissional que, através de sua conduta no dia-a-dia, no trato com estudantes e pacientes, estabelece um bom referencial daquilo que é um bom médico.

## 2) Ético, humano, respeitador do paciente, atualizado permanentemente, consciente da competência do seu papel de formador de um novo profissional.

## 3) Sem uma seqüência hierárquica, a valorização da figura do professor (que é uma das), passa por toda reavaliação das Universidades, dentro da sociedade e pela remuneração de sua atividade em termos de salário.

**Melhor aluno**

## 1) É mais difícil, é aquele que se vê interiormente envolvido com a expectativa de ser um bom profissional amanhã (vem de dentro, vai para o aprender a ser).

## 2) "Incomodador", interessado, "furungador" (que vai atrás), é um pouco mais, voltado para seu curso.

## 3) Tem todo o contexto social por detrás, tem preocupação para fora da finalidade de aluno, um aluno que pudesse se dedicar integralmente ao seu curso e que tivesse tido no passado uma formação que lhe propiciasse ser este bom aluno (contexto educacional, família e mais).

**Melhor médico**

## 1) Enxerga no seu paciente sempre um ser humano, independentemente se pagou ou não, se é consulta com ficha no INAMPS ou

médico está se exercendo tem de ser secundária (para ele, perante o seu paciente, uma relação médico-paciente estrita). Em outra faixa de atuação ele pode ser até reivindicador.

- 2) Não foge muito do professor, é todo o contexto que o profissional que deve de ensinar a ser um bom médico e leva a ser este bom médico: ético, humano, respeitador e científico.
- 3) Acaba-se juntando todo o anterior: bons profissionais passam por uma avaliação de papel profissional, isto é muito verdadeiro para o médico - aqui na entidade há uma preocupação **permanente** com isto, há um período onde o governo está se propondo a introduzir o Sistema Nacional de Saúde e, extranhamente, eles entendem que a implantação só se viabiliza **desacreditando** a figura do médico, na AMRIGS **não** se entende porque esta condução. Também que tenha essas condições financeiras (salário), inclusive para se manter atualizado.

### **Responsabilidade Social**

- 1) A AMRIGS tem atuação até peculiar porque está na segunda gestão em que se busca um resgate de imagem de associação como entidade preocupada em participar neste **momento** de saída como um todo, como entidade séria e isto está sendo entendido.
- 2) Aí, justamente, se pensa que o médico tem papel preponderante, não só como **veículo de terapêutica** específica mas como educador, só que esta ainda não está sendo bem entendida, é uma parte do momento atual, se as coisas se tran-

qüilizassem o médico teria excelentes condições de assumir este papel.

- 3) Atenção Primária em Saúde é binômio entre a parte de profilaxia e os cuidados de aquelas situações mais elementares de doença (talvez 80% de toda a problemática da questão saúde/doença).
- 4) O que é ou deveria ser? É muito complexo responder, temos um **Estado** criando uma expectativa na cabeça dos cidadãos, de que toda a assistência médica seja de livre acesso, controlada e guiada pelo estado, mas no RGS 80% de toda a assistência geral é exercida pela rede privada, em situação de conflito interno importante e de total contraste com o que o Estado está dizendo, o discurso do governo com referência à área da Saúde é um e a realidade é outra.  
(Ex.: não pagam as contas por 60/90 dias e exigem bom atendimento e cobram dos hospitais estar em dia com o próprio depósito de FGTS, INAMPS e outras contas). Temos uma condução desta agressão à figura do médico, o que é terrível, não estamos nem sequer apagando incêndio (a doença), não se sabe nosso papel realmente.
- 5) Sendo participativa, em todas as facetas, em toda parte, se manifestando e atuando.

### **Desempenhos médicos**

- 1) Condições básicas - delineamento claro e honesto do sistema de atendimento à saúde da população; saber exatamente, objetiva e honestamente o que o **Estado** vai financiar e realizar, o que o trabalhador vai financiar e realizar, de que forma o médico vai estar inserido, com quais característi-



cas ele está inserido, como a iniciativa privada vai ficar inserida, que os progressos tenham uma coerência de planejamento.

- 2) Respeito pelo paciente.
- 3) Os da questão (1), que a relação possa se exercer de forma tranqüila, cada um em contexto sabido e certo, no qual as partes estão tranqüilamente de acordo. De novo, se o paciente é de consultório, ele sabe da estrutura e paga sabendo, se for de ambulatório de INAMPS ou Secretaria da Saúde ele tem expectativa clara e real, está de acordo e o médico exerce com satisfação sua atividade e sabe o contexto no qual está atuando.
- 4) Idem à responsabilidade social: participante, discutidor, fazendo análise e crítica.

#### **Personalidade Adulta**

- 1) Como visão de instituição é decorrência do momento, principalmente da área da Residência Médica (definições, dificuldades); do exercício da medicina que atinge o Adulto Jovem com mais intensidade, também o Adulto Médio (em relação ao Adulto Velho o vemos como uma espécie **sobrevivente** de - resgatou-se esta valorização do profissional, criando a Medalha do Mérito Médico, entregue todo ano àqueles profissionais mais antigos, atuantes e merecedores.
- 2) Temos coisas concretas - exame AMRIGS (como seleção mas muito de auto-avaliação); Assistência Previdência (Auxílio-Doença), Cursos de atualização PEC, PAC, Curso Atualização da Mulher, Auxílio-mútuo (Comedores Compulsivos, fumantes,

cos).

- 3) Tudo o que se perguntou e se respondeu faz parte da preocupação da AMRIGS.
- 4) Duas bem objetivas - mudança para o Centro AMRIGS (na av. Ipiranga), número sócios aumentar ascendentemente.

#### Questões complementares

- 1) Foi criada em 1951, pela união de várias entidades isoladas médicas; conta com 8008 sócios, sendo 6643 efetivos.

- 2) Para Professor de Medicina não temos nada.

Aluno - Exame, participação de cursos de atualização destes alunos, a partir de agosto se formou o Departamento de Estudantes (auto-gerenciado).

Para o Médico - PEC (Plano de Educação Médica Continuada) - levar o processo de aprendizagem e de análise do paciente (exercício da teoria), aqui e no interior - **não é pronto**, é em se fazendo, o aprender a fazer.

PAC, com aprendizagem mais formal; conferência pronta, pré-estabelecida (reuniões, congressos, atividades científicas, reunião-almoço, seminários).

## DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO\*

Milhares de pessoas sofrem e morrem diariamente de doenças evitáveis, curáveis ou auto-infligidas, e milhões não têm meios de acesso a nenhum tipo de assistência à saúde. Tais fatos vêm provocando uma preocupação crescente na Educação Médica, vinculada à equidade nos cuidados à saúde, à prestação humanizada de serviços de saúde e ao custo que isto representa para a sociedade.

Esta preocupação tomou corpo através de debates nacionais e regionais que envolveram grande número de indivíduos provenientes de diferentes níveis da Educação Médica e dos Serviços de Saúde na maioria dos países do globo e foi posta em foco nos trabalhos sobre os temas da Conferência Mundial, que tratou dos problemas básicos enfrentados hoje pelas escolas médicas. Reflete ela, também, as convicções de um número crescente de professores e estudantes, de médicos e outros profissionais de saúde e do público em geral, em todas as partes do mundo.

O progresso constante da medicina é, principalmente, o fruto da pesquisa que a sustenta e um século de pesquisa científica continua a trazer ricas recompensas; mas o homem precisa ir além da ciência pura. Assim, os educadores médicos devem se voltar para o atendimento às necessidades humanas como um todo e à pessoa humana numa visão global.

O objetivo da Educação Médica é formar médicos capazes de promover a saúde para toda a população e não apenas prestar serviços curativos àqueles que podem custeá-los, ou àqueles que têm fácil acesso a esses serviços. Este objetivo não está sendo alcançado em muitos lugares, apesar do enorme progresso alcançado neste século pelas ciências biomédicas. Este problema não é novo, mas esforços anteriormente realizados para introduzir maior consciência social nas escolas médicas acadêmicas não vêm obtendo êxito marcante.

Estas considerações indicam que muitos destes progressos podem ser alcançados através de ações dentro da própria escola médica, a saber:

1. Ampliar a influência de instituições onde se desenvolvem programas educacionais, para abranger todos os recursos de saúde da comunidade, não apenas os hospitais.
2. Assegurar a aprendizagem contínua durante toda a vida, transferindo a ênfase dos métodos didáticos clássicos, agora tão difundidos, para os estudos auto-dirigidos e independentes, bem como para métodos tutoriais.
3. Construir, tanto o currículo como os sistemas de avaliação, para assegurar o alcance da competência profissional e valores sociais e não apenas a fixação e memorização da informação.
4. Assegurar que o conteúdo curricular reflita as prioridades de saúde nacionais e a disponibilidade de recursos.
5. Treinar professores como educadores, não só como especialistas, e reconhecer a excelência neste campo tanto a excelência em pesquisa biomédica e na prática clínica.
6. Complementar a instrução sobre a atenção ao paciente, com ênfase acentuada em promoção da saúde e prevenção da doença.
7. Integrar a educação em ciência à educação na prática médica, usando solução-de-problemas nos estabelecimentos clínicos e comunitários, como base para a aprendizagem.
8. Na seleção de estudantes de medicina, empregar métodos que vão além da capacidade intelectual e desempenho acadêmico, para incluir avaliação de qualidades pessoais.

Outros progressos exigem:

1. Estimular e facilitar a cooperação entre Ministérios da Saúde, Ministérios da Educação, serviços comunitários de saúde e outros organismos importantes no desenvolvimento de uma política conjunta e no planejamento, implementação e revisão de programas.
2. Assegurar políticas de admissão que compatibilizem o número de estudantes treinados com as necessidades nacionais de médicos.
3. Ampliar oportunidades para a aprendizagem, pesquisa e serviço em conjunto com outras profissões de saúde e com elas relacionadas.

A Reforma da Educação Médica exige mais do que consenso; ela exige um compromisso com ação, liderança vigorosa e decisão política. Em algumas situações, o apoio financeiro será inevitavelmente exigido, mas acreditamos que muito pode ser obtido através de uma redefinição de prioridades e de uma redistribuição dos recursos agora disponíveis.

Por esta Declaração, nos comprometemos e exortamos outros para que se juntem a nós em um programa sólido e organizado, a fim de mudar o perfil da Educação Médica, de modo que possa verdadeiramente atender às necessidades definidas pela sociedade em que está situada. Também nos comprometemos a criar a estrutura organizacional necessária para que estas palavras solenes se traduzam em ações efetivas e duradouras. O cenário está montado; o momento para ação depende de nós.

Conferência Mundial sobre Educação Médica da  
Federação Mundial para Educação Médica

co-auspiciada por Organização Mundial da Saúde - Fundo das Nações Unidas para a Infância - Programa das