



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

**A Importância de Desenvolver Modelos
Pedagógicos para o Ensino da Medicina:
Metodologia Tradicional X Metodologia Ativa**

ELMA AUDAY BICHARA IZAI

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
FORMAÇÃO DOCENTE EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA
SAÚDE: NOVAS METODOLOGIAS**

Rio de Janeiro, outubro de 2015.



ELMA AUDAY BICHARA IZAI

**A Importância de Desenvolver Modelos
Pedagógicos para o Ensino da Medicina:
Metodologia Tradicional X Metodologia Ativa**

Trabalho de Conclusão de Curso

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da PUC-RIO, como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização em “Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias”

Orientador: Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini

Rio de Janeiro, outubro de 2015.

“Espera-se que o professor desenvolva no seu aluno, em primeiro lugar, o homem de entendimento, depois, o homem de razão, e, finalmente, o homem de instrução. Este procedimento tem esta vantagem: mesmo que, como acontece habitualmente, o aluno nunca alcance a fase final, terá mesmo assim se beneficiado da sua aprendizagem. Terá adquirido experiência e ter-se-á tornado mais inteligente, se não para a escola, pelo menos para a vida.”

Immanuel Kant

Agradecimentos

Ao meu parceiro de todas as horas, por ele não ter desistido, e ter sido hoje como sempre foi, um crédulo apaixonado, que sempre acha que eu vou conseguir!

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos aqueles que com sua coragem e determinação conseguiram transformar este curso numa experiência criativa, envolvida numa atmosfera amorosa e de uma intensidade inesperada. Foram eles todos que me certificaram que ensinar é uma benção que se recebe envolta numa capa de esperança, dentro de um pacote de sonhos e que sempre que aberto exala felicidade. Obrigada turma Alfa!

Resumo

O método tradicional apresenta a teoria e, a partir da mesma, parte para a prática, o método ativo parte da prática para à teoria. O objetivo desse estudo é criar uma nova didática para formulação de aula. Esta aula deve gerar uma mobilização entre alunos e professores, é fundamental que ela se passe num espaço de sensibilização e dinâmica de comportamentos. Este trabalho tem o propósito de apresentar a construção de duas unidades pedagógicas que habilitem o aluno buscar em si mesmo os recursos necessários a realizar seu trabalho dentro das melhores competências possíveis, independente das condições objetivas ou subjetivas que encontrar.

Palavras- chave: Metodologia Tradicional, Metodologia Ativa, Ensino Médico

Abstract

The traditional method presents the theory and, from the same part for practice, the active method of the practice to the theory. The aim of this study is to create a new teaching class formulation. This class should generate a mobilization among students and teachers, it is important that it pass an awareness of space and dynamic behaviors. This work aims to present the construction of two teaching units that enable the student to seek within himself the necessary resources to carry out their work in the best possible skills, independent of the objective or subjective conditions to find.

Key-words: Traditional methodology, Active methodology, Medical Education

Sumário

1 Introdução	1
2 Referencial Teórico	4
2.1 Modelos de ensino da Medicina	7
2.2 Modelos de Ensino: Tradicional e Ativo	8
3 Metodologia	14
3.1 Materiais e métodos utilizados na unidade pedagógica do ciclo 1	16
3.1.1 Roteiro de observação dirigida	16
3.1.2 Atitude	17
3.1.3 Questões principais a serem observadas	17
3.1.4 Questões a serem pesquisadas, sob a forma de uma breve conversa.	18
3.2 Materiais e métodos utilizados na unidade pedagógica do ciclo 2	19
3.2.1 Entrevistas de acompanhamento	19
3.2.2 Primeiro encontro	20
3.2.3 Segundo encontro	20
3.2.4 Terceiro encontro	20
3.2.5 Quarto encontro	21
3.2.6 Quinto encontro	21
3.2.7 Sexto encontro	22
3.2.8 A partir do sétimo encontro	22
3.2.9 Avaliação	22
4 Resultados	23
4 Conclusão	29
5 Bibliografia	33

Lista de Quadros

Quadro 1: Grade Curricular Universidade Federal do Rio de Janeiro	8
Quadro 2: Grade Curricular Famema, 2003	12

1 Introdução

Vivemos hoje num mundo absolutamente sem fronteiras. A velocidade da informação, os recursos tecnológicos, e as facilidades conquistadas pela comunicação, nos permitem estar a todos os momentos em todos os lugares, de toda a realidade que nos cerca. O mundo ficou pequeno, alcançável a dois toques de nosso indicador.

Estamos todos juntos, podemos saber de tudo o tempo todo, o acesso à informação nos aproxima de todas as tragédias e de todas as conquistas do mundo inteiro.

As mudanças observadas na realidade que vivemos, demandam dos profissionais das áreas de saúde, um compromisso humano que vai muito além do conhecimento objetivo até agora ministrado.

Hoje não sabemos onde ficam os limites da comunidade onde vivemos, nossos olhos são impactados por notícias dos mais recônditos cantos de um mundo que muitas vezes sequer conseguimos imaginar que exista.

Durante muitos séculos a educação esteve vinculada às expectativas políticas e sociais da comunidade à que pertencia.

Quanto às expectativas políticas e sociais, hoje não sobrevivem de forma particular, num mundo que se comunica e se invade de forma avassaladora. Podemos não comungar com esta ou aquela forma de existir, mas ela esta presente em nossas reflexões porque de certa forma dependemos dela na mesma medida em que ela depende de nós.

Caminhamos a passos largos para a compreensão de um mundo onde precise existir uma política universal, com objetivos e princípios únicos que nos assegure a possibilidade de sobrevivência sem a qual nenhuma sociedade poderá existir.

As guerras não são mais entre os outros, são nossas, se passam na nossa sala de tv, nos jornais que lemos, e principalmente nos nossos corações e mentes, impotentes frente à dor de nossos iguais.

Consideremos a seguinte notícia, a saber, “A organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) anunciou que o hospital de Kunduz (norte do Afeganistão) bombardeado durante um suposto ataque aéreo americano, no qual morreram

12 membros de seu pessoal e sete pacientes, deixou de estar operacional. O hospital, o único com serviços de traumatologia e cirurgia em toda a região e no qual trabalhavam 80 membros da MSF, atendia a uma centena de pacientes no momento do bombardeio, segundo a ONG.

“Além da morte de colegas e pacientes, este ataque cortou o acesso aos serviços de traumatologia da população de Kunduz justo quando mais precisam”, afirmou em comunicado a presidente da MSF-Bélgica, Meinie Nicolai” (O Globo, 2015).

O episódio ocorrido no hospital do grupo, Médicos Sem Fronteiras, não difere essencialmente da precariedade das condições encontradas em alguns hospitais e centros de atendimento neste país. Ao mesmo tempo em que dispomos de centros de tecnologia científica equiparados aos melhores centros de diagnóstico e tratamento do mundo.

Nesta direção destacamos as notícias que seguem:

“UE pedirá a Alemanha e França que recebam mais de 55 mil refugiados em nova cota”. François Hollande confirmou que país abrigará nos próximos dois anos 24 mil imigrantes. BRUXELAS — A Comissão Europeia vai propor a França e Alemanha e Espanha que recebam mais de 70.000 imigrantes de um total de 160 mil em busca de asilo em países do bloco, pressionada por uma crise migratória, informou uma fonte da UE” (O Globo, 2015).

Mais de 41 milhões de pessoas estão atualmente fugindo de conflitos e perseguições pelo mundo. Seus lares já não são seguros por questões de raça, religião ou nacionalidade, e seus governos não podem mais oferecer-lhes proteção.

MSF trabalha pelo mundo para oferecer aos refugiados e às pessoas que se deslocam internamente por seus países tudo o que precisam de assistência psicológica a tratamento nutricional vital. Nós estruturamos hospitais em campos de refugiados, ajudamos mulheres a darem à luz com segurança, vacinamos crianças para prevenir epidemias e garantimos acesso à água potável (MSF, 2015).

A invasão dos refugiados, por exemplo, seja onde for que ela esteja ocorrendo, terá de despertar em nosso egresso uma preocupação com a questão humanística de atendimento à pessoas de nacionalidade, credo, hábitos socioculturais e nutrição completamente diferente, tendo que descobrir a melhor forma de atendê-los e ficar sensível para acompanhar as mudanças que decorrerão desta miscigenação.

Esta é uma realidade que demanda do egresso uma competência gestora especial, para lidar com os impasses decorrentes das questões políticas e sociais implícitas, mas necessita igualmente das competências humanísticas, comunicadoras e éticas, para cuidar dos seres humanos envolvidos nesta situação.

Sabemos que o acesso a estes pacientes é delicado, que o estabelecimento do vínculo terapêutico é igualmente difícil, porque de alguma forma eles estão enrijecidos pelas dificuldades oriundas da presente situação.

O ensino tradicional não previu a impossibilidade prática de realizar suas manobras. Não atentou para a necessidade de considerar as improváveis circunstâncias em que estas manobras podem se realizar, parece ter se concentrado em oferecer as melhores técnicas de realização não atentando para a simples viabilidade delas.

Estamos neste trabalho propondo a construção de duas unidades pedagógicas que habilitem o aluno buscar em si mesmo os recursos necessários a realizar seu trabalho dentro das melhores competências possíveis, independente das condições objetivas ou subjetivas que encontrar. Entendemos que se ele acreditar nele mesmo poderá acreditar no seu trabalho, e no seu paciente.

Dessa forma cabe a seguinte indagação: Por que desenvolver uma nova metodologia de ensino para o curso de medicina?

Parece-nos que tão importante quanto estar apto a utilizar suas competências técnicas e estudiosas no manejo de moderníssimos aparelhos e computadores, estar igualmente apto a usar suas competências humanísticas, comunicadoras e gestoras no trato com as pessoas, que são na verdade o objeto final de todo este processo.

Ao contrário da metodologia tradicional que pode engessar o conhecimento, fazendo com que sua prática dependa de circunstâncias específicas, a metodologia ativa, estimula o aluno a desenvolver suas competências no sentido de criar possibilidades de aplicar suas expertises na dimensão necessária. Nosso egresso precisará poder contar consigo mesmo para se adaptar as situações com desenvoltura. Este nos parece ser o grande desafio deste tempo.

2 Referencial Teórico

Como ressalta Portella (2000), o avanço dos recursos técnicos, por exemplo, na área da medicina, mesmo permitindo diagnóstico mais rápido e seguro, não se vem acompanhando de satisfação correspondente dos pacientes.

Um aspecto relevante refere-se à insuficiência na formação psicológica dos médicos que costuma ser dramaticamente sentida pelos pacientes. O prestígio do “médico de família” devia-se, naturalmente, ao conhecimento mais amplo da ambiência social e psicológica de cada cliente (PORTELLA, 2000).

A complexidade cada vez maior dos conhecimentos médicos tornou obrigatória a especialização. O espaço da medicina ficou reduzido apenas ao corpo do homem. Assim, os sentimentos e as emoções humanas deixaram de ser considerados (PORTELLA, op.cit., 2000).

Poderia parecer estranho que no Brasil, que possui uma significativa diversidade humana e espacial, a preocupação com o desenvolvimento de uma nova metodologia de ensino demorasse tanto a ser implantada, enquanto em outros países com um nível de homogeneidade maior, esta preocupação já estivesse presente há algumas décadas atrás.

Em 1927, houve uma conferência na escola de medicina de Harvard congregava importantes professores de clínica médica descontentes com a formação teórica, fragmentada e especializada, onde os estudantes aprendiam a ver “doenças e não doentes”. Uma evidência deste processo é que a emergência da Medicina de Família como especialidade e disciplina acadêmica nos EUA, Canadá e Europa ocidental foi muito mais ligado à corporação médica, do que no Brasil, onde esta emergência, bem posterior, foi mais vinculada à Saúde Coletiva, só recentemente sendo incorporada pelos médicos de família brasileiros.

Esta afirmativa se justifica pela estreita relação entre instituição política e educação observada no Brasil desde a sua colonização.

A instituição universitária tem sido desde seu surgimento, espaço permanente de disputa social e objeto recorrente de redefinições. Desde seu nascimento medieval, como corporação de estudantes ou professores, até as

discussões atuais em relação às funções sociais que deve cumprir neste final de século e de milênio (universidade como empresa vs. universidade como agência social de incertezas), a universidade constituiu-se em centro de importantes debates políticos, cujo objetivo era delinear um perfil institucional em concordância com as sempre novas necessidades que colocava o processo histórico-social em curso.

Esse debate a respeito das finalidades e características que a instituição universitária deveria assumir se fez presente mais uma vez na primeira metade deste século, quando foi possível observar, em nível internacional, o surgimento de propostas educativas que objetivavam ostensivamente dirigir os estudos de nível médio e superior às necessidades específicas de formação técnico-profissional surgidas no âmbito do trabalho, por meio de instituições ditas universitárias.

Essas instituições estavam destinadas aos novos grupos sociais que surgiram com o avanço do processo de industrialização e que não tinham espaço nos sistemas educativos tradicionais. Assim, com maior ou menor êxito, foram projetadas universidades de novo tipo em diversos países: Université du travail (1902, Bélgica), Universidade do Trabalho (1934-1954, Brasil), Universidad del Trabajo (1942, Uruguai), Universidad Obrera Nacional (1948, Argentina), Universidad Laboral (1952, Espanha). Iniciativas semelhantes podem ser encontradas também no Chile, na Colômbia e na Venezuela. As décadas de 1940 e 1950 parecem ter sido particularmente frutíferas para a elaboração desse tipo de propostas.

Estas supunham não só uma reorientação curricular (passagem dos estudos humanísticos aos técnico-tecnológicos) e em termos de destinatários da universidade existente (da formação da elite dirigente à incorporação dos trabalhadores), mas também a definição de um novo modelo de universidade com características específicas, no contexto do estabelecimento de uma "nova sociedade" surgida como reação à queda do liberalismo, que se aprofundou na década de 1930 (HOBBSAWM 1995) e que, na América Latina, estendeu-se até meados dos anos 50 (HALPERIN DONGHI 1986).

Foi justamente na América Latina que surgiram neste período, em diferentes países e sob distintos regimes políticos, propostas institucionais do tipo das mencionadas. No Brasil, durante a era Vargas, ainda que nunca chegassem a institucionalizar-se, existiram entre 1930 e 1955; seis propostas distintas de criação de Universidades do Trabalho. Em 1942, o Uruguai, sob um

regime de democracia liberal (1938-1943), criou a sua, e seis anos depois o governo peronista criaria na Argentina a chamada Universidad Obrera.

Como foi dito, tais instituições e propostas constituíram um sério questionamento ao ensino superior (liberal-humanista) existente, e ofereceram-se como alternativas a ele. Do mesmo modo, propunham-se como resposta política aos problemas sociais que o desenvolvimento da industrialização e o crescimento do operariado urbano colocaram. Se, por um lado, tratava-se de uma estratégia de integração dos setores sociais emergentes, por outro, respondiam às legítimas demandas de institucionalização de agências de formação de mão-de-obra, provenientes tanto do setor empresarial quanto do próprio operariado (PINEAU 1991, MEDEIROS 1987).

Em todos os casos, o aparecimento desse tipo de propostas gerou amplos debates nos quais um dos eixos principais foi o da pertinência do nome adotado. É que já na sua própria denominação elas buscavam articular conceitos que, então (e até hoje), pareciam irreconciliáveis: universidade (instituição de ensino superior, tradicionalmente reservada à formação da intelligentsia) e trabalho (domínio exclusivo da destreza manual/atividade produtiva desenvolvida pelos setores subalternos da sociedade). A polêmica suscitada não faz mais do que colocar em evidência o conflito da definição do que é (em termos de funções sociais) uma universidade, como instituição socioeducativa específica (PRONKO, 1999).

Mas, de todos os países mencionados, só o Brasil não instalou uma instituição como a descrita. “Por isso, a consideração mais detalhada deste caso, que acrescenta a perspectiva do fracasso material da proposta, pode nos ajudar a entendê-la num contexto mais amplo.” (PRONKO, 1999). Acredito que não se trate mais de definir o papel social /cultural/econômico da formação universitária. Estamos no Brasil, diante de uma demanda que extrapola este debate: Temos um território continental, vivendo em condições de saúde que vão desde a mais absoluta falta de assistência até o uso de tecnologias de última geração.

Temos problemas tanto na saúde pública quanto na privada, apesar de termos o número de médicos recomendado pela Organização Mundial de Saúde, (um para cada mil habitantes). Temos aproximadamente 190 milhões de habitantes e 1,68 médicos por habitante, a insatisfação é muito grande tanto da parte da população, quanto da parte dos próprios médicos, que se sentem obrigados a trabalhar sem um mínimo de condições necessário para realização de suas funções (THE CITES, 2015).

Quando a educação é orientada na direção de intenções político institucionais, ela corre o risco de ficar particularizada e distante de uma visão global da realidade. No Brasil, desconsiderando a diversidade das demandas de seu vasto território, a educação seguiu o caminho das modificações políticas, fazendo com que a interiorização ficasse postergada por tempo grande o bastante para termos hoje em nosso território uma diversidade, com demandas incompatíveis entre si, só observadas em territórios continentais.

Ciente da grandeza do desafio de propor um novo modelo de ensino da medicina este trabalho inicia a apresentação de unidades pedagógicas, pelo exame de três modelos já existentes, para que seja possível pensar sobre qual deles se aproxima mais de nossas expectativas.

2.1 Modelos de ensino da Medicina

Ayurveda é o nome dado ao conhecimento médico desenvolvido na Índia, e a descrição que se segue, é uma afirmação feita há cerca de cinco mil anos, o que faz dela um dos mais antigos sistemas medicinais da humanidade. Tem como doutrina a teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (Tridosha) nos sujeitos individuais e como fisiologia, a circulação do prana e das demais energias, bem como o equilíbrio do Tridosha (MARQUES & PEREIRA NETO, 2008).

A doença é muito mais que a manifestação de sintomas desagradáveis ou perigosos à manutenção da vida. Como ciência integral, consideramos que a doença inicia-se muito antes de chegar à fase em que ela finalmente pode ser percebida. Assim, pequenos desequilíbrios tendem a aumentar com o passar do tempo, se não forem corrigidos, originando a enfermidade muito antes de podermos percebê-la (MEDEIROS, 2010).

Para o indivíduo ter o corpo saudável é necessário manter seus tecidos saudáveis e isso é possível por meio da alimentação, que deve ser feita de acordo com o estado atual do paciente, ou seja, de acordo com seu dosha predominante e com os desequilíbrios que ele possa apresentar (MEDEIROS, 2010).

O ensino de vários assuntos era realizado durante a instrução de assuntos clínicos relevantes. Por exemplo, o ensino de anatomia era uma parte do ensino da cirurgia, embriologia era uma parte do ensino da pediatria e obstetrícia e o conhecimento de fisiologia e patologia estavam presentes no ensino de todas as disciplinas clínicas (MEDEIROS, 2010).

2.2 Modelos de Ensino: Tradicional e Ativo

O método tradicional primeiro apresenta a teoria e dela parte para a prática, o método ativo parte da prática e dela busca a teoria. O professor propõe uma situação problema, estimulando os estudantes a investigar, envolvendo-os na construção do conhecimento, ao invés de oferecê-lo pronto através de aulas magistrais. É fundamental esta participação, o questionamento, a busca da informação (ABREU, 2009).

Exemplificamos a seguir alguns modelos de grade curricular de curso de graduação, do modelo tradicional:

“O Curso de Graduação será integralizado em um mínimo de 12 períodos ou 6 anos e um máximo de 18 períodos ou 9 anos, compreendendo o ciclo básico e o ciclo profissional.

Quadro 1: Grade Curricular Universidade Federal do Rio de Janeiro

Carga Horária	1ª a 5ª série	6.033
	5ª e 6ª séries	3.726
Carga horária eletiva		45
Total de horas do curso		9.759

Módulo Básico

1º ANO	Genética		(IBRAG01-05489-90)
	Biologia	Celular	(IBRAG01-05533-150)
	Biometria	I	(IBRAG04-02629-90)
	Anatomia	I	(IBRAG07-02463-90)
	Histologia e Embriologia	I	(IBRAG08-02380-60)
	Fundamentos de Saúde da Comunidade		(IMS02-00174 -60)
	Biofísica		(IBRAG04-00218-120)
	Bioquímica		(IBRAG05-00258-150)
	Anatomia	II	(IBRAG07-02592-150)
	Histologia e Embriologia	II	(IBRAG08-03490-90)
	Medicina Integral, Familiar e Comunitária I		(FCM02-08027-80)
	Problemas e Controvérsias em Saúde I		(FCM01-08032-30)

2º ANO	<p>Fisiologia Sistemática (IBRAG03-06038-180)</p> <p>Ciência do Comportamento Humano (eletiva) (IMS02-06784-45)</p> <p>Medicina Social I (IMS01-00956-45)</p> <p>Fisiologia e Fisiopatologia - 95 (IBRAG03-06059-120)</p> <p>Informática Médica (FCM01-08028-30)</p> <p>Medicina Integral, Familiar e Comunitária II (FCM02-08029-80)</p> <p>Psicologia Médica I (FCM03-02129-30)</p> <p>Patologia Geral I (FCM01-05303-150)</p> <p>Parasitologia I (FCM04-05433-150)</p> <p>Técnica Operatória e Cirurgia Experimental (FCM05-08031-40)</p> <p>Microbiologia e Imunologia I (FCM01-05348-150)</p> <p>Medicina Integral, Familiar e Comunitária III (FCM02-08030-80)</p> <p>Problemas e Controvérsias em Saúde I (FCM01-08032-30)</p>
3º ANO	<p>Microbiologia e Imunologia II (FCM01-05393-180)</p> <p>Clínica Médica e Propedêutica I (FCM02-08018-352)</p> <p>Radiologia I (FCM02-05310-30)</p> <p>Psicologia Médica II (FCM03-05457-60)</p> <p>Farmacologia I (IBRAG06-00114-75)</p> <p>Radiologia II (FCM02-05408-30)</p> <p>Psicopatologia (FCM03-05503-60)</p> <p>Clínica Médica e Propedêutica II (FCM02-08019-352)</p> <p>Anatomia Patológica I (FCM010-08024-264)</p> <p>Problemas e Controvérsias em Saúde II (FCM01-08033-30)</p>
4º ANO	<p>Farmacologia II (IBRAG06-01604-74)</p> <p>Medicina Social II (IMS01-01140-45)</p> <p>Doenças Infecciosas e Parasitárias I (FCM02-05445-90)</p> <p>Clínica Médica e Propedêutica III (FCM02-08019-690)</p> <p>Dermatologia e Sifilografia I (FCM03-05271-75)</p> <p>Cardiologia I (FCM03-05318-75)</p> <p>Tisiologia e Pneumologia I (FCM03-05368-75)</p> <p>Psiquiatria I (FCM03-05776-120)</p> <p>Pediatria e Puericultura I (FCM04-05286-315)</p> <p>Medicina Legal e Deontologia I (FCM01-05523-60)</p>

	Problemas e Controvérsias em Saúde II (FCM01-08033-30)		
5º ANO 1º Semestre	Neurologia	I	(FCM03-05619-75)
	Ginecologia	I	(FCM04-05331-60)
	Obstetrícia		I (FCM04-05377-120)
	Cirurgia Geral	I	(FCM05-05289-240)
	Anestesiologia	I	(FCM05-05335-60)
	Oftalmologia	I	(FCM06-05302-30)
	Neurocirurgia	I	(FCM06-05349-30)
	Otorrinolaringologia	I	(FCM06-05394-30)
	Ortopedia e Traumatologia	I	(FCM06-05432-60)
	Urologia I		(FCM06-05480-75)

Módulo Profissional - Internato
 Internato, 16 meses, agosto a novembro
 Disciplinas Obrigatórias (3006 horas)

- Medicina Integral e Saúde Coletiva 15 meses (01/set a 30/nov)
FCM02-07970 – 270
- Cirurgia Geral II Módulo de 3 meses
FCM05-07968 - 540
- Clínica Médica e Propedêutica IV Módulo de 3 Meses
FCM02-08022 - 540
- Integração Curricular em Emergência FCM02-07971 - 756
- Ginecologia II 1 mês FCM04-07969- 180
- Obstetrícia II 1 mês FCM04-01057 – 180
- Pediatria e Puericultura II Módulo de 3 meses FCM04-06785 - 540 “

Este é um modelo tradicional de ensino médico. Devemos a ele a formação de excelentes profissionais que hoje se empenham na busca de uma nova metodologia de ensino médico. O que ocorre é que o mundo e suas

demandas mudaram. Já não existe mais a particularidade que sustentava este modelo. As patologias e seus tratamentos se misturam de forma inseparável, e a compreensão das doenças precisa incluir a compreensão dos doentes, já que mais do que nunca, fica evidente que não existem doenças, e sim doentes. De forma que esta forma particularizada e fechada de aprender por blocos não comunicantes, hoje não se mostra eficaz.

Graduação em Medicina Famema – Método Ativo de Ensino e Aulas

Existem inúmeros métodos ativos, mas dois deles têm sido utilizados no ensino médico: o Método da Problematização e o da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP, ou do Inglês, PBL: Problem Based Learning) (ABREU, 2009).

Para o ensino dos aspectos subjetivos, outro método se mostra muito útil: O método de Balint. Este foi muito utilizado no passado e, embora seja menos conhecido e não classificado propriamente como método ativo, apresenta as características de uma metodologia ativa (ABREU, 2009).

O propósito do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília é a formação de profissionais capazes de desenvolver elevados padrões de excelência no exercício da medicina. A geração e disseminação do conhecimento científico e de práticas de intervenção que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde e com os direitos das pessoas (KOMATSU et al, 2003).

O Sistema de Ensino é o Aprendizado Baseado em Problemas (sigla do Inglês PBL), onde o ensino é voltado aos alunos que desempenham papel ativo na construção do conhecimento. Algumas aulas teóricas são ministradas, mas o foco principal são as Tutorias em pequenos grupos. Nelas os alunos recebem casos de doenças e aprendem a trabalhar em grupo e fazerem pesquisas para solucionar o caso (tudo supervisionado por um professor). São várias reuniões e discussões sobre tópicos-chaves da matéria necessária até a conclusão (KOMATSU et al, 2003).

Existem os pros e contras desse sistema PBL, ao que muitos especialistas dizem a melhor maneira de empregá-lo seria um misto do Ensino Tradicional com as práticas médicas desde o início e discussões de casos (do aprendizado baseado em problemas). Muitos defendem que esse método traz mais vivência e proporciona um ensino integrado, já outros declaram que ele é insuficiente para passar todo o conhecimento técnico e básico ao profissional de Medicina (KOMATSU et al, 2003).

Devido o sistema PBL o currículo é diferenciado, abaixo temos um esquema de como as matérias/casos são organizadas (KOMATSU et al, 2003):

Quadro 2: Grade Curricular Famema, 2003

1ª série

Necessidades de Saúde 1
Unidade de Prática Profissional 1

2ª série

Necessidades de Saúde 2	Unidade Educacional Eletiva
Unidade de Prática Profissional 2	

3ª série

Necessidades de Saúde 3	Unidade Educacional Eletiva	Necessidades de Saúde 3
Unidade de Prática Profissional 3		Unidade de Prática Profissional 3

4ª série

Unidade Educacional Eletiva	Atenção às necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, no modelo de vigilância à saúde
	Unidade de Prática Profissional 4

5ª série

Saúde do Adulto I	Saúde Materno- Infantil I
Unidade Educacional Eletiva *	

6ª série

Saúde do Adulto II	Saúde Materno- Infantil II	
Unidade Educacional Eletiva *		

Se o que buscamos é que nosso egresso seja capaz de internalizando todo o seu aprendizado desenvolver recursos próprios, de utilizá-los da melhor forma possível, na resolução dos problemas que lhe forem apresentados na sua prática médica, então fica claro que precisamos de um modelo de ensino, que mescle o aprendizado, de forma a possibilitar ao aluno uma compreensão cada vez mais integrada do seu conhecimento.

O modelo tradicional de ensino, formatado num tempo que as ciências se mantinham com atuações quase independentes, era razoável que o ensino fosse realizado de uma forma não comunicante. Cada disciplina se preocupando exclusivamente com sua área de abrangência. Hoje as matérias se combinam de forma absolutamente integrada de sorte que não é possível se considerar um contexto dissociado da realidade que o cerca.

A velocidade com que o desenvolvimento se processa nas mais diversas áreas aliada a rapidez com que a informação se propaga, transformam o saber num interminável processo.

No que diz respeito à saúde em particular, parece não haver mais dúvidas que sendo o homem o principal objeto da ciência médica, a compreensão da sua condição, torna-se indiscutivelmente fundamental para o êxito de qualquer proposta de saúde.

Desta forma, os cursos formadores de médicos, precisarão dar tanta atenção ao conhecimento do homem e suas razões, quanto a sua condição fisiopatológica. Mais que conhecer os detalhes sobre uma doença, os futuros médicos precisarão saber qual a relação desta doença com o doente, para que eles possam efetivamente tratá-la. Parece que valerá o modelo das culturas médicas mais primitivas, que apontam o conhecimento do homem como a base do conhecimento de suas doenças.

3 Metodologia

O objetivo desse estudo é criar uma nova didática para formulação de aula. Esta aula deve gerar uma mobilização entre alunos e professores, é fundamental que ela se passe num espaço de sensibilização e dinâmica de comportamentos.

O método se iniciará de forma experiencial, possibilitando ao aluno, viver antes de saber, para que sua experiência possa encontrar dentro dele mesmo, um caminho próprio e único de saber.

O material de descrição dos objetivos da aula, assim como os trechos bibliográficos selecionados deverão ser entregues antecipadamente, com a recomendação que os alunos leiam e selecionem perguntas e dúvidas sobre as quais se instituirá um debate em classe.

Todas as observações serão precedidas de atividades de sensibilização em classe para que o contato com os afetos despertados seja iniciado de forma acompanhada.

UNIDADE PEDAGÓGICA DO CICLO 1

O começo de tudo – Do mais simples ao mais complexo.

Considerando minha área de atuação, a psicologia médica e a psicanálise, propomos uma unidade pedagógica voltada para a relação mãe/bebê por entender que esta fase do desenvolvimento possibilita uma observação significativamente importante para todo o desenvolvimento do adulto e que para o aluno poderia significar uma oportunidade única de compreender como é a singeleza que precede a complexidade.

O objetivo principal desta unidade pedagógica é despertar no aluno a consciência do ser humano como um ser total. Composto de um corpo e uma psique.

O binômio mãe-bebê nos oferece uma oportunidade única de entrar em contato com o psiquismo, uma vez que sentimentos e emoções são ao mesmo tempo vividos da forma mais intensa possível, mas muitas vezes podem passar

despercebidos por serem na sua maioria silenciosos, precisando ser decodificados para tornarem-se visíveis.

Reconhecer a comunicação entre a mãe e seu bebê, pode ser o diferencial que possibilite ao egresso desenvolver na competência comunicadora a capacidade de ouvir o discurso que existe embaixo do discurso. Isto marcaria a compreensão de uma comunicação interna psíquica com força suficiente para se fazer compreender senão naturalmente sobre a forma de sinais psicológicos ou físicos ou até mesmo sintomas (Mello Filho, 1992).

A aceitação da existência do psiquismo como uma força dinâmica que pode intervir em todo o funcionamento do homem é o início de uma formação que privilegie a competência humanística, desenvolve a sensibilidade nos seus mais diversos níveis: Olhar escuta compreensão e aceitação.

O desenvolvimento desta competência é certamente um dos grandes diferenciais da metodologia ativa, pois possibilita ao estudante a oportunidade de perceber o outro na sua singularidade, mudando o que significa admitir que não existam doenças, e sim doentes. Cada um com a sua própria doença e demandando um olhar e uma escuta própria.

Esta unidade deverá ser realizada em dez encontros, ficando sugerida a permanência dos grupos Ballint de acompanhamento, especialmente para os alunos que estiverem pretendendo trabalhar com gestantes ou crianças.

A primeira parte desta unidade é a observação de bebês em ambulatório de pediatria ou maternidade, que deve seguir um roteiro sugerido no material bibliográfico, e as observações devem compor um relatório individual que fará parte da avaliação final.

Todas as visitas deverão ser acompanhadas pelo tutor e serão seguidas de plenária com apresentação das dificuldades observadas nas entrevistas, e discussão dos casos.

A forma de avaliação será composta de dois referenciais: A participação do aluno nas aulas e do relatório referente à suas vivências e aproveitamento. Será ainda sugerida uma folha de observações e críticas que pode ser anônima que servirá de avaliação para o professor e para a aula propriamente dita.

UNIDADE PEDAGOGICA DO CICLO 2

O principal objetivo desta unidade é o desenvolvimento da capacidade de captação dos sinais e sintomas que compõem a comunicação mãe/bebê. Entendemos que do desenvolvimento desta expertise possibilite ao nosso egresso uma significativa diferenciação no seu trabalho não apenas com crianças, mas também com adultos.

A doença é uma experiência pessoal e intransferível, que acomete as pessoas de formas únicas e distintas. A comunicação é o mais importante dos caminhos que um médico pode ter de saber o que esta se passando com seu paciente. Mas a ciência de ouvir e compreender vai muito além dos protocolos descritos para cada doença, então, nesta unidade trabalharemos a capacidade de ouvir, ver e sentir o que não é dito, mas que é fundamental na compreensão da doença e do doente.

Na unidade pedagógica prevista para o ciclo 2, daremos continuidade aos estudos praticados no ciclo um, trabalhando na área da Assistência pré e pós-natal.

Nesta unidade, possibilitaremos aos alunos uma oportunidade de se comunicarem terapêuticamente com as pacientes, partindo da experiência realizada no ciclo 1.

Esperamos que desenvolvam suas competências técnica e estudiosa de forma integrada com as competências humanísticas e comunicadoras, já trabalhadas no ciclo anterior.

3.1 Materiais e métodos utilizados na unidade pedagógica do ciclo 1

3.1.1 Roteiro de observação dirigida

Este roteiro será discutido previamente em sala, quando tivermos oportunidade de discutir cada item das recomendações.

Esta experiência será previamente teatralizada em sala para que os alunos percebam a diferença entre uma atitude de respeito, e uma atitude descuidada. Uma aluna será a parturiente e quatro alunos entraram para entrevistá-la. Depois discutiremos os sentimentos experimentados pela aluna/parturiente.

3.1.2 Atitude

É preciso que o estudante se coloque diante da dupla mãe/bebê numa atitude respeitosa e séria para que ele possa se beneficiar do encontro.

O observador deve ser anunciado pela equipe de atendimento e autorizado previamente. Deve chegar e manter-se inicialmente de forma discreta e silenciosa sem perturbar com sua presença o encontro das mães com seus bebês.

As perguntas só devem ser iniciadas depois de alguns minutos (5 ou 10) quando mãe e criança estiverem à vontade com sua presença.

Apresentar-se e solicitar autorização da mãe para fazer as perguntas.

Não tocar nem na criança nem na mãe, a menos que seja solicitado.

Retirar-se comunicando que a observação e as perguntas fazem parte de um estudo que esta sendo feito.

Depois de realizadas e discutidas estas observações, que deverão compor um relatório pessoal, os alunos serão encaminhados para as entrevistas propriamente ditas.

Eles deverão já estar com suas habilidades mais desenvolvidas, para utilizar estes questionários de forma mais produtiva para a compreensão da relação que a mãe tem com seu bebê.

3.1.3 Questões principais a serem observadas

A apresentação destas questões também será acompanhada de apresentação do contexto teórico que elas representam e de vivências experienciais. Antes dos alunos irem ao encontro das mães, teremos uma aula de vivências que fará os alunos experimentarem o impacto de cada uma das perguntas que vai fazer as mães.

Pergunta:Maneira como a mãe olha e segura seu bebê (à vontade ou tensa).

Experiência: pedir aos alunos que caminhem com um copo com água e chamar a atenção para a tensão com que a mão segura o copo, quando é observado.

Pergunta: Maneira como ela oferece o seio (com calma ou pressa).

Experiência apertar a mão do colega, até onde vai a força?

Pergunta: Como observa o bebê? (distraidamente ou preocupada).

Experiência O que vê num desenho projetado, o fundo ou a figura?

Pergunta: Como fala com o bebê? (brincando ou serenamente).

Experiência: Observar dois colegas falando sobre uma matéria difícil para os dois. Observar a dificuldade de falar naturalmente quando existem afetos.

Pergunta: Como segura o bebê depois da mamada (à vontade ou tensa)

Experiência: Como carrega uma mochila que não é sua.

Pergunta : Como entrega o bebê (saudosa ou aliviada)

Experiência: Como se livra de um interlocutor que não para de falar?

Observações: Um grau de nervosismo e apreensão é esperado principalmente em mães primíparas, no entanto, mesmo assim, é possível identificar uma maior ou menor intimidade entre a mãe e o bebê. E o mais importante neste momento é identificar o grau de intimidade entre a dupla.

Depois de viver uma relação absoluta com seu bebê durante nove meses, existem mães que se comportam como se o bebê fosse um estranho, e se sentem de tal forma ameaçadas por ele, que preferem que outra pessoa o segure e o alimente.

As psicoses puerperais podem se manifestar inicialmente por um sentimento de estranhamento e ameaça em relação ao bebê, tornando o contato com ele assustador para a mãe.

A partir das observações feitas e das discussões em classe, os alunos retornariam ao leito para rever as parturientes e confrontar suas primeiras observações com eventuais novas percepções a cerca da dupla mãe-bebê. Os alunos então poderiam neste segundo momento consultar as mães sobre sua disponibilidade de responder algumas questões e formulariam perguntas que pudessem fundamentar ou não suas percepções iniciais.

3.1.4 Questões a serem pesquisadas, sob a forma de uma breve conversa.

Como a mãe esta se sentindo, se as coisas estão acontecendo como ela imaginava, se o bebê nasceu como ela esperava ou houve alguma surpresa, se alguma coisa foi decepcionante.

Os possíveis medos, apreensões e as soluções pensadas para as situações mais ameaçadoras, por exemplo: ficar sozinha com o bebê.

Não deixar de falar sobre os projetos futuros em relação a sua vida com o bebê.

Observações: Esta parte da observação visa identificar o grau de intimidade que a mãe está experimentando com seu bebê. Além de confrontar as primeiras impressões com as atuais.

O pensamento Winnicottiano entende que quanto mais precoce puder ser o resgate do vínculo mãe/bebê, mais saudável deverá ser o desenvolvimento do bebê. Assim como quanto mais ligados, mais fiel será a comunicação entre eles, fazendo com que o médico possa se beneficiar do relato da mãe sobre seu bebê de forma fiel e inequívoca.

A esta altura o egresso já deverá estar familiarizado com a existência de uma experiência afetiva intensa e poderosa unindo a mãe a seu bebê. E já deve ter se sensibilizado em relação a dificuldade de compreensão de qualquer coisa que esteja se passando com qualquer um dos dois sem considerar o vínculo que os une.

3.2 Materiais e métodos utilizados na unidade pedagógica do ciclo 2

3.2.1 Entrevistas de acompanhamento

Constará de dez encontros de acompanhamento ambulatorial e 8 encontros em sala de aula. Precisarão ainda poder dispor da oportunidade de visita a um ambulatório de atendimento pré-natal, com possibilidade da realização de entrevistas acompanhadas pela tutora, que serão feitas às gestantes e aos médicos.

Cada uma destas entrevistas será precedida de uma sugestão de perguntas que os alunos apresentarão a tutora, e depois de discussão sobre os resultados das entrevistas.

Na avaliação das entrevistas haverá uma discussão sobre a importância das perguntas feitas e sua pertinência.

A avaliação de toda a unidade, será contínua, considerando o nível de envolvimento dos alunos em relação às atividades propostas e conterá no final um relatório individual de apreciação de toda experiência, contemplando especialmente o significado destas vivências para sua vida pessoal.

Neste relatório os alunos terão ainda a oportunidade de se posicionar em relação à experiência como parte de seu programa de formação médica, o que significará uma apreciação da unidade como um todo.

3.2.2 Primeiro encontro

Apresentação da Unidade e dos seus objetivos

Serão utilizados inicialmente exercícios leves de sensibilização, onde os alunos serão divididos aleatoriamente em grupos de dois e um terá que concentrar-se em sentir profundamente algum sentimento e tentar comunicar sem palavras algo sobre esse sentimento, e seu parceiro terá que sem palavras apenas pelo olhar e pela leitura das expressões faciais descobrir qual seria esse sentimento e esta mensagem. Estamos introduzindo a noção da comunicação através dos sentidos.

Fariamos uma plenária para que os observadores falassem sobre sua experiência e os seus pares falassem sobre como se sentiram sem poder falar. O encontro se encerra com uma pequena reflexão sobre a dificuldade de compreender comunicações.

3.2.3 Segundo encontro

Breve apresentação teórica dos conceitos de psiquismo, (relacionando com a sede dos sentimentos) repressão (relacionada à dificuldade de comunicação) e dinâmica (ao processo de comunicação) e transferência e contratransferência (ligada a ultima experiência feita com os alunos).

Esta apresentação deve ser seguida de divisão da turma em quatro grupos para que cada um discuta um tema e depois apresente em plenária como entendeu cada conceito, e como entende a participação deste psiquismo no ser físico dos seus pacientes.

3.2.4 Terceiro encontro

A turma seria dividida aleatoriamente em cinco grupos que receberiam um texto diferente para ler durante 25 minutos. As observações de cada grupo seriam apresentadas numa plenária pelo coordenador do grupo. Cada grupo deveria incitar perguntas e duvidas que componham uma explanação posterior.

Textos a serem apresentados:

- Ensino de Psicologia Medica – Jose Roberto Muniz e Luiz Fernando Chazan
- Ensino de Psicologia Medica – Jose Roberto Muniz e Luiz Fernando Chazan
- Relação Estudante de Medicina –paciente Rodolpho Rocco
- Identidade Medica – Adolpho Hoirsch

- Histeria, Hipocondria e Fenômeno Psicossomático – Otelo Correa dos Santos Filho
- Psicossomática e Pediatria – Adolpho Menezes de Mello

3.2.5 Quarto encontro

Com a turma dividida em quatro grupos, daríamos a cada grupo uma palavra: medo, morte, falta, raiva. Eles falariam entre si livremente sobre estes sentimentos durante 15 minutos, depois defenderiam este sentimento como sendo o mais relevante a ser considerado numa entrevista de anamnese. Depois disto um relator organizaria o que foi dito e apresentaria numa plenária, defendendo seu ponto de vista.

Ao final da plenária faríamos uma breve introdução à questão da dificuldade de ter acesso de comunicar e de valorar, sentimentos.

Obs: Este exercício tem o objetivo de despertar o entendimento da dificuldade da comunicação afetiva e deve mobilizar muito os alunos.

3.2.6 Quinto encontro

Os alunos fariam uma visita acompanhada pelo tutor a um ambulatório de gestantes e observaria o comportamento delas, fazendo perguntas simples básicas de rotina. Depois em sala, faríamos a primeira experiência de grupo ballint., quando seria apresentado dois casos que os alunos escolhessem das conversas que tiveram no ambulatório.

Num grande círculo com todos os alunos, eles seriam convidados a falar sobre suas impressões e sentimentos, enfocando as dificuldades de contato com as pacientes eu tiveram.

Ao final ficaria apresentada a ideia do grupo Balint (1994a) como um grupo de reflexão que assistiria e acompanharia todo o resto do desenvolvimento da unidade.

Depois de orientados pelo tutor os alunos comporiam um questionário a ser feito sob a forma de entrevista com as pacientes, visando à identificação de sentimentos manifestos ou não.

Divididos em grupos de cinco participantes os alunos acompanhados de um tutor realizariam as entrevistas, no ambulatório de obstetrícia.

3.2.7 Sexto encontro

Plenária sobre as impressões colhidas pelos grupos nas entrevistas. Buscando identificar as mudanças ocorridas nas escutas dos alunos.

Seleção de pacientes a serem acompanhados pelos grupos (esta possibilidade depende da viabilidade oferecida pelo serviço).

Apresentação em sessão de grupo Ballint das impressões e dificuldades experimentadas na experiência dos grupos com suas pacientes. Com foco na comunicação e nos processos transferências.

3.2.8 A partir do sétimo encontro

Frequência e participação nos grupos Ballint, trazendo casos observados no ambulatório.

3.2.9 Avaliação

Avaliação composta de um relatório individual, sobretudo que envolveu esta unidade. Não apenas em termos de conhecimento, mas principalmente em termos de experiência pessoal. Será solicitado ainda que os alunos avaliem o tutor e a metodologia empregada para que isso possa fazer parte de uma avaliação final.

Os primeiros relatos de experiências com grupo Balint feitos com alunos do curso de medicina, datam de 1882 na Universidade Federal do Paraná, e estes grupos eram realizados com alunos dos dois últimos anos, período de internato e posteriormente de residência médica, isso se devia ao modelo de ensino praticado que era a metodologia tradicional, que só permitia que os alunos tivessem contato com pacientes depois do terceiro ano, quando suas mentes já estavam suficientemente povoadas por informações organicistas que dificultavam a abertura para uma percepção mais ampla do paciente. No modelo da metodologia ativa, temos a oportunidade de oferecer um aprendizado mais amplo que possibilite uma compreensão mais profunda dos doentes e das doenças.

Sugiro que este grupo Balint tenha continuidade até o final do ciclo 2 colaborando para formar uma mentalidade reflexiva nos alunos.

4 Resultados

Parece inacreditável que os médicos tenham evoluído de princípios mágicos e alcançado este nível de tecnologia. Mas que ao mesmo tempo tenham se distanciado tanto da sua relação com seus pacientes, a quem em última instância se destinam todos estes progressos. Mas o sonho precede a realização, foi assim e sempre será, mas qual será o sonho dos estudantes de medicina hoje, se ao contrario do que se viu os médicos ocupam hoje, pelo menos em nossa cultura uma posição social muito diferente da que ocuparam ao longo da historia da medicina?

Ao entrarem na universidade os alunos trazem consigo um sonho. Os professores os recebem com um projeto claro e objetivo de torna-los médicos, uma missão que mais distante do sonho, tem a ver com a prática árdua, de uma atividade completamente centrada na realidade do aluno e do mundo que o cerca. Como equacionar este impasse?

As idealizações pertinentes a este sonho dos alunos se organizam de forma mítica, fazendo com que eles desconsiderem todas as dificuldades relativas a esta formação, deixando-se envolver pelo “encantador desejo de ser capaz de curar” Freud (1905) observou que sustentando esta idealização existiria uma necessidade primitiva de reparação que condicionaria o candidato ao curso médico a ideia de que ele mais do que querer ele precisa cuidar dos outros.

Acredito que neste ponto resida, a maior fonte de motivação e que a partir dela que devemos fundar toda uma nova metodologia que torne o aluno responsável por sua escolha e autor de seu aprendizado.

Escolhendo um caminho diferente dos tradicionais modelos de formação médica, que optam por negar ao aluno, nos primeiros ciclos, qualquer contato com o que eles foram buscar na faculdade, o paciente.

Muitos alunos deixam a faculdade nos primeiros anos, não encontrando no ingrato estudo das bases de histologia, anatomia e fisiologia, nada a ver com o que tinham escolhido como profissão.

Precisamos estar conscientes de que nossos alunos chegam às universidades ainda muito jovens em torno dos 18 anos, portanto, com pouca

tolerância a frustração e uma pequena noção das etapas necessárias para alcançar o que eles escolheram.

É sábio, quem se alia a realidade e tolo quem tenta negá-la. São estes nossos alunos e como dizia a lenda judaica: “Não se atrai moscas com sal”.

O que fazer para que o curso médico se aproxime do sonho dos alunos, tornando-se um projeto estimulante para todos que trabalharam em equipe para realizá-lo?

Pode não ser uma tarefa difícil se desconsiderarmos a natureza dos elementos que temos em mãos.

O professor, é aquele que se dedica a ensinar, é basicamente um apaixonado, que investe todo seu potencial em partilhar seu conhecimento, suas dúvidas, ensinar costuma ser a consistência que sustenta seu próprio existir.

É fácil identificar o brilho nos olhos de um professor quando a turma se interessa pelo que ele entende como importante, mais que um reconhecimento parece um encontro que ilumina uma estrada. O saber é solitário. E como afirma Freud, não pode haver nada mais gratificante para um estudioso do que se sentir compreendido.

Quanto aos alunos, recebemos um bando de meninos perdidos entre a glória de ter vencido a etapa do vestibular e o pânico avisado dos primeiros anos de faculdade.

Eles querem ser médicos, o que significa para eles cuidar de pessoas, curar doenças, ser o mais importante dos convidados. Ouvi certa vez uma estudante dizendo: Quando a gente diz que faz medicina, as pessoas acham que a gente é gênio!

É fato, o médico sempre foi e sempre será um elemento fundamental a organização da estrutura social que ele habita. Pobre do grupo social que não respeita seus mestres. E o médico sempre foi um mestre comparado aos mestres religiosos, que incluíam no seu trabalho a orientação deste grupo.

Pobres dos médicos que não se apropriam desta posição, frustrados correrão o risco de exercerem sua profissão sem nenhum entusiasmo, trabalhando como quem aperta parafusos, sem a menor noção de onde eles serão usados.

Neste sentido também a formação médica precisa se responsabilizar, porque depende da forma como o ensino for orientado o maior ou menor comprometimento emocional e social que o aluno terá.

Um curso de onde os alunos saem correndo, não formou médicos, formou passadores de remédios, um curso que se permite se oferecer para os alunos

como um abrigo para a realização de seus sonhos, vai ser sempre um lugar de saudade e de memórias construtivas.

Temos, portanto em mãos, uma dupla que tem tudo para ser bem sucedida: Um aluno que quer saber e um professor que quer ensinar!

No entanto, o engessamento da engrenagem educacional e a inadequada interpretação da hierarquia, parecem ter transformado a formação médica num processo difícil sem nenhuma interação genuína entre professor e aluno. Os professores não conhecem seus alunos que quase não sabem nada sobre seus professores.

A troca que se institui nestas relações é feita num desestimulante sentido vertical onde numa ponta esta o inatingível professor com seu conhecimento e na outra o aluno intimidado, incapaz de constituir um sentimento de confiança em si mesmo. É comum a expressão usada pelos alunos assustados, dormi acadêmico e acordei médico, que reflete um sentimento de ignorância e susto próximo ao fim do curso médico.

É evidente que ao se formar o aluno tem apenas um fragmento do universo de conhecimento médico que terá ao longo dos próximos anos, mas isso não justifica a sensação de insegurança e impotência que eles relatam e que esta submetida aos acordos profissionais que se sujeitam, comprometendo ainda mais a construção de sua identidade profissional.

Quanto aos professores, na sua maioria, acham que os alunos saem muito despreparados, o que sem duvida reflete um desconforto a respeito da eficácia do seu trabalho.

A nova metodologia prevê professores mais cômicos da responsabilidade que tem em partilhar a descoberta do conhecimento com os alunos, invertendo o paradigma da supostamente necessária hierarquia educacional.

Um posicionamento humano e atual que entende que o saber extrapolou as fronteiras pessoais e atingiu um improvável espaço impossível para uma única orientação. Desta forma a compreensão de um fenômeno pode advir de um achado insuspeito feito pela sensibilidade de um aluno do primeiro período do primeiro ciclo.

Corajosa e ousada a proposta da nova metodologia se propõem a alinhar-se com o estudante na procura de caminhos que antes eram determinados pelo professor e quase nunca pela realidade, que já não esta mais de nenhuma forma dependente do alcance de nenhum mestre.

Juntos professor e aluno podem ludicamente descobrir, tentar, buscar e encontrar e perder e errar, e neste processo possibilitar um encontro humano entre aluno e professor que os aproxime de forma absolutamente definitiva.

O jovem entra com seu natural destemor e o professor com sua consistente experiência, que bela viagem os espera, como o desconhecido pode se tornar vivamente interessante, e as descobertas patrimônios partilhados que serão posse de ambos os lados, dando ao professor o almejado sentimento de ter ensinado e ao aluno a grata sensação de ter aprendido.

Quando um professor acompanha seu aluno numa descoberta por mais simples que ela possa ser, ele se dá o privilegio de assistir seu aprendiz se encantar e se apropriar da sua descoberta, que no futuro significará a base onde ele vai construir sua autoconfiança.

Chama-se, só na presença da mãe, (D.Winnicott, 1982) compreende os primeiros ousados passos que um bebê dá, enquanto é apenas observado pela sua mãe. Ela estará ali quando ele cair, assim como estará do seu lado quando ele tentar se afastar dela. É libertador e protegido ao mesmo tempo. Num tempero que só uma mãe suficientemente boa, e um professor suficientemente bom, podem oferecer.

A aceitação da existência do psiquismo como uma força dinâmica que pode intervir em todo o funcionamento do homem é o início de uma formação que privilegie a competência humanística, desenvolve a sensibilidade nos seus mais diversos níveis: Olhar escuta compreensão e aceitação.

O desenvolvimento desta competência é certamente um dos grandes diferenciais da metodologia ativa, pois possibilita ao estudante a oportunidade de perceber o outro na sua singularidade, mudando o que significa admitir que não existam doenças, e sim doentes. Cada um com a sua própria doença e demandando um olhar e uma escuta própria.

A solução do impasse causado, pela disparidade sociocultural que muitas vezes existe entre o médico e o morador de comunidades precariamente atendidas, começa a ser resolvida, quando o médico se torna capaz de compreender o paciente na sua singularidade e distinção.

Desta forma privilegiando o despertar de uma sensibilidade para além do físico, estamos propondo uma unidade pedagógica focada no reconhecimento de seus próprios sentimentos e emoções e num segundo momento na identificação da presença de sentimentos nas pacientes observadas.

Este processo para efetivar-se precisa ser iniciado a partir do próprio aluno, para que depois de adequadamente mobilizado ele possa ser sensibilizado na direção do outro.

A avaliação será contínua, considerando o nível de envolvimento dos alunos em relação às atividades propostas e conterà no final um relatório individual de apreciação de toda experiência, contemplando especialmente o significado destas vivências para sua vida pessoal.

Neste relatório os alunos terão ainda a oportunidade de se posicionar em relação a experiência como parte de seu programa de formação médica, o que significará uma apreciação da unidade como um todo.

Reconhecer a comunicação entre a mãe e seu bebê, pode ser o diferencial que possibilite ao egresso desenvolver na competência comunicadora a capacidade de ouvir o discurso que existe embaixo do discurso.

Isto marcaria a compreensão de uma comunicação interna psíquica com força suficiente para se fazer compreender senão naturalmente sobre a forma de sinais psicológicos ou físicos ou até mesmo sintomas.(Julio de Mello)

Pode parecer modesto, mas na verdade a aceitação da existência do psiquismo como uma força dinâmica que pode intervir em todo o funcionamento do homem é o início de uma formação que privilegiando a competência humanística, desenvolve a sensibilidade nos seus mais diversos níveis: Olhar, escuta, compreensão e aceitação.

O desenvolvimento desta competência é certamente um dos grandes diferenciais da metodologia ativa, pois possibilita ao estudante a oportunidade de perceber o outro na sua singularidade, mudando o que significa admitir que não existem doenças, e sim doentes. Cada um com a sua própria doença e demandando um olhar e uma escuta própria.

Esta competência se une ainda ao desenvolvimento de uma competência gestora que permitira compreender o paciente como um ser inserido numa realidade que também lhe é própria, e com isso que demanda posturas, orientações e comportamentos compatíveis com esta realidade.

A solução do impasse causado, pela disparidade sociocultural que muitas vezes existe entre o médico e seu paciente, o morador de comunidades precariamente atendidas, ou até mesmo um paciente de cultura diferente da sua, começa a ser resolvida, quando o médico se torna capaz de compreender o paciente na sua singularidade e distinção.

Desta forma privilegiando o despertar de uma sensibilidade para além do físico, estamos propondo uma unidade pedagógica focada no reconhecimento

de seus próprios sentimentos e emoções e num segundo momento na identificação da presença de sentimentos nas pacientes observadas.

Este processo para efetivar-se precisa ser iniciado a partir do próprio aluno, para que depois de adequadamente mobilizado ele possa ser sensibilizado na direção do outro.

4 Conclusão

Á guisa de conclusão, retomamos a pergunta que suscitou o desenvolvimento deste trabalho, a saber, por que desenvolver uma nova metodologia de ensino para o curso de medicina?

Porque precisamos formar profissionais capazes de lidar com adversidades que dependem de diferentes expertises que precisam ser desenvolvidas muito além do conhecimento formal e objetivo que dispomos até então.

A velocidade das comunicações e o aceleração do desenvolvimento tecnológico transformaram os antigos mestres, em expectadores. Não há como acompanhar as mudanças que se multiplicam assustadoramente, criando leis e éticas próprias. É para este mundo que nos foge entre os dedos que estamos preparando nossos egressos.

Um rearranjo improvável dos valores éticos, humanos e socioculturais, os espera sem poupá-los de ações pontuais e acertadas, no manejo de situações, improváveis para seus professores.

Dependerá deles, das expertises das competências e das habilidades desenvolvidas, a coragem de escolher seu próprio caminho e torná-lo sensível o bastante para estabelecer com as mudanças a que estará exposto, um acordo genuíno e eficaz.

Seria importante que a educação dos médicos fosse feita levando em consideração não apenas os avanços como também os limites da medicina. Enquanto estamos sabendo cada vez mais de partes, cuidamos cada vez menos do todo. É essencial, por isso, refletir sobre o sentido geral da atuação médica, questionando sempre o que fazemos e como fazemos. O espaço em que exercemos a medicina é o todo do mundo dos homens. O exercício mais adequado da profissão médica exige, por isso, uma meditação constante e humilde sobre a tarefa que realizamos. Ressaltamos a doutrina biopsicossocial como ideia central em que um paciente, em qualquer especialidade médica, só pode ser adequadamente compreendido quando o clínico considera todos os níveis de seu funcionamento, a saber, físico, psicológico e social (NUNES FILHO, 2000 p.-8).

Entendo que a experiência vivida durante estas duas unidades pedagógicas, possa trazer para o egresso uma oportunidade de desenvolver uma relação médico paciente mais próxima e mais eficaz.

Consciente do que o médico representa para este binômio mãe/bebê, ele poderá abstrair para outras situações patológicas, em que a relação do doente com sua doença precisa ser adequadamente intermediada.

A observação de bebês e da relação mãe bebê, é uma experiência que se torna facilitada para o aprendiz, em função da condição de regressão da dupla e da conseqüente baixa de resistência à investigação. Por este motivo iniciar uma sensibilização do aluno para os aspectos psicológicos do paciente pode ser realmente o melhor caminho.

É preciso ampliar o entendimento do papel que o médico desempenha diante de qualquer doente, em qualquer idade. O adoecer é uma experiência fragilizante, que costuma regredir os pacientes, e muitas vezes será necessário ser capaz de compreender uma comunicação não verbal, mas primitiva para conseguir ouvir o que o seu doente quer dizer.

O bebê chega ao mundo através dos braços e olhos de sua mãe ou cuidadora principal.

Os braços que envolvem o bebê nos seus primeiros momentos de vida formarão as suas primeiras impressões a cerca deste universo inteiramente diferente daquele em que ele foi gestado. O colo da mãe, seu olhar, e sua tranquilidade, podem favorecer a adaptação do bebê ao novo espaço, mas quando a mãe não consegue se entregar a este momento, é o médico que poderá perceber, interceder e tranquilizar a mãe permitindo que ela tranquilize seu bebê.

Nesta relação o médico assistente tem papel fundamental, a maneira como ele lida com a mãe, vai se reproduzir na relação dela com a criança. Muitas vezes a mãe esta tão assustada quanto a criança e é o médico quem pode dando continência as preocupações da mãe oferecer um ambiente mais acolhedor para o bebê.

É através dos olhos da mãe que o bebê se vê. O olhar da mãe espelha para o bebê os primórdios da imagem que ele fará de si mesmo. Sabemos que ao longo da vida deste bebê, a cada etapa de seu desenvolvimento, é neste primitivo olhar que ele buscará a sua própria dimensão e aptidão para seguir em frente.

E importante que o medico se aproprie do seu papel nesta relação e admita que é muito provável que seu comportamento vai intervir de forma decisiva na relação da mãe com seu bebê.

Por mais frágil que seja a capacidade perceptivo-sensorial que um bebê tenha ao nascer, por mais desavisada que possa ser uma mãe nos primeiros contatos com seu bebê, existe entre eles, uma memória de uma absoluta intimidade reconhecidamente satisfatória, o que possibilitou que o bebê nascesse. Cabe à equipe medica e paramédica assistente, proporcionar a mãe um ambiente acolhedor o suficiente para que ela possa experimentar a emoção do parto e as dificuldades do pós-parto recuperando em si mesma a intimidade e cumplicidade experimentada durante a gravidez, o que certamente significará para o bebê, o conforto necessário para sentir-se bem vindo.

O médico que vai se dedicar a cuidar deste bebê, deverá ser alguém capaz de compreender a profundidade desta relação e principalmente aceitar que se é fato que a criança se vê e vê mundo através do olhar de sua mãe, certamente é no discurso da mãe, que ele vai encontrar as mais claras indicações do que esta se passando com o bebê.

As consultas com os bebês e com as mães, precisa considerar uma escuta atenciosa como o principal recurso de compreensão da questão. Observar silenciosamente, perceber atentamente e ouvir sem intervir são os principais instrumentos diagnósticos de que o médico pode dispor.

Ao contrario do que se supõem a capacidade de recuperação e resgate do aparelho psíquico é surpreendente. A adequada apropriação destes conceitos e capacitação de manejo destas situações pode oferecer aos pediatras ainda que na abordagem de crianças bem mais velhas a mesma oportunidade de reconstrução.

Utilizar o espaço da consulta medica para cuidar da relação da criança com seu meio familiar, promove uma atenção básica de saúde, que seguramente se estende para mais além do tratamento da doença apresentada, e pode significar uma oportunidade de gratificação significativa para o médico que estará realmente desenvolvendo um trabalho terapêutico no sentido mais amplo da palavra.

Budapeste –: “Chegaria o dia em que a Psicanalise alcançaria todo o individuo que necessitasse de cuidados, pois seria direito dos homens o acesso a esse tipo de tratamento (nervoso), assim como o de qualquer outro tipo de afecção, e que os médicos deveriam estar preparados para isso (FREUD apud MELLO FILHO, 1992).

O autor se refere ao direito que todos os doentes têm de serem compreendidos na sua totalidade. O que ele sempre entendeu é que há uma unidade da qual tratamento nenhum pode se furtar de atender. O ser humano é um inteiro, e com certeza quem desconsiderar este princípio poderá ser surpreendido por algum evento que triunfantemente porá por terra todos os seus esforços terapêuticos (FREUD apud MELLO FILHO, 1992).

Portanto, tornar o egresso alguém capaz de ouvir, sentir e compreender seus doentes para além dos seus sintomas físicos e proporcionar a ele, egresso uma única oportunidade de fazer seu trabalho de forma gratificante e restauradora para si mesmo.

Ainda em Freud (1905):

"Todos os médicos, portanto, inclusive vós vindes continuamente praticando a psicoterapia, mesmo quando não tendes nenhuma intenção de fazê-lo e disto não estais conscientes; É uma desvantagem, contudo, deixar que o fator mental em vosso tratamento, fique tão inteiramente nas mãos do paciente."

Os médicos precisam e desejam curar, os doentes precisam e desejam ser curados, que este encontro seja abençoado pela lucidez de um conhecimento mais sensível e mais eficaz.

5 Bibliografia

ABREU, J. R. P de, **Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas – Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura Das Escolas**. Dissertação de Mestrado, UFRGS – PA, 2009. Disponível em: <file:///F:/modelo%20tradicional%20ativo.pdf> acesso em: 02 de outubro de 2015.

ARANHA, Renata N., et al: **Proposta para uma Graduação Médica Contemporânea: Modelo MedPuc**, RJ, 2011.

BALINT, M. **Psicanálise e Prática Médica** (1ª publ.: 1967). In A. MISSENARD et al. A Experiência Balint: história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994a. pp. 09-22.

FREUD -**On psychoterapy st.ed.VII-** 1905

KOMATSU, Ricardo S.; ZANOLLI, Maurício B.; Lima, Valéria V.; PEREIRA, Sissi M.S.F.; FIORINI, Vânia M.L.; BRANDA, Luís A.; PADILHA, Roberto Q. (editores). **Guia do Processo de Ensino - Aprendizagem “Aprender a Aprender”**. 4ª ed. **Faculdade de Medicina de Marília** . Marília - SP - BRASIL. 2003, Disponível em: <http://www2.unifap.br/midias/files/2012/04/guia2003.pdf>; acesso em: 02 de outubro de 2015.

MARQUES A. M. P., Pereira Neto, M. R., **Caracterização dos Recursos Humanos nas Práticas Alternativas de Saúde Adotadas no Distrito Federal - das Medicinas Tradicionais as Práticas Integrativas de Saúde**; Brasília, 2008; Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Praticas_alternativas.pdf; Acesso em: 06 de outubro de 2015.

MEDEIROS, F. da Silva, **Um mar de possibilidades: A Medicina do passado, presente e futuro**, SP: Ed. Biblioteca24horas, Seven System International, 1ª Edição, março de 2010.

MEDEIROS, Marluce. **Expansão capitalista e ensino industrial**. Rio de Janeiro: Senai/DN, 1987.

MELLO FILHO, J. de e colaboradores, **Psicossomática Hoje**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MSF, Refugiados e Deslocados Internos, Disponível em: <http://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atuacao/refugiados-e-deslocados-internos> Acesso em: 04 de outubro de 2015.

NUNES FILHO, E. P. **Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

O Globo, Disponível em: <http://oglobo.globo.com/mundo/ue-pedira-alemanha-franca-que-recebam-mais-de-55-mil-refugiados-em-nova-cota-17421771#ixzz3nb1wotXc> Acesso em: 04 de outubro de 2015.

PINEAU, Pablo. Sindicatos, **Estado y educación técnica (1936-1968)**. Buenos Aires: Ceal, 1991.

PRONKO, M. A., **Crônica de um fracasso: Uma história dos projetos* de criação de Universidades do Trabalho no Brasil**, Educ. Soc. vol.20 n.66 Campinas Apr. 1999, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73301999000100005>; Acesso em: 04 de outubro de 2015.

The Cities; Saúde no Brasil, Disponível em: <http://www.thecities.com.br/Artigos/Brasil/Sa%C3%BAde/>; Acesso em: 04 de outubro de 2015.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro – RJ: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1982.