

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**TERAPIA INTENSIVA NA GRADUAÇÃO MÉDICA:
NOVA ABORDAGEM, ANTIGAS REFLEXÕES**

ANA PAULA PIERRE DE MORAES

São Luís
2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**TERAPIA INTENSIVA NA GRADUAÇÃO MÉDICA:
NOVA ABORDAGEM, ANTIGAS REFLEXÕES**

ANA PAULA PIERRE DE MORAES

Orientadores: Prof. Dr. Gutemberg Fernandes de Araújo
Prof. Dr. César Augusto Castro

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

São Luís
2003

Moraes, Ana Paula Pierre de

Terapia Intensiva na graduação médica: nova abordagem, antigas reflexões / Ana Paula Pierre de Moraes. -- São Luís, 2003.

ix, 98f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, 2003.

Dissertação orientada por: Gutemberg Fernandes de Araújo e César Augusto Castro.

1. Ensino Médico – Universidade Federal do Maranhão. 2. Terapia intensiva – Ensino - Universidade Federal do Maranhão. I. Título.

CDU: 61:378(812.1)

Ana Paula Pierre de Moraes
Terapia Intensiva na graduação médica: nova abordagem, antigas reflexões

A Comissão Julgadora dos trabalhos de defesa da Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em/...../..... , considera a candidata aprovada.

Presidente _____
(Orientador)

1º Examinador _____

2º Examinador _____

3º Examinador _____

Para Paula, quanta saudade...

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me abençoou com saúde e uma família unida.

As minhas filhas Amanda e Isabela, amores da minha vida; meu todo.

As minhas irmãs, Ana Cristina e Ana Beatriz, de quem eu quero cuidar para sempre.

A minha mãe, Eloisa, pelo espírito guerreiro que norteou nossas vidas.

Ao meu pai, Roberto, por sua integridade e princípios sólidos, dando-nos exemplo.

Ao meu marido, Silvio, por esses onze anos de percurso juntos.

Ao professor Dr. Carlos Alberto Morais de Sá, titular de Clínica Médica da UNIRIO, por sua fantástica visão de mundo que é estímulo a todos os seus eternos alunos.

Ao professor Jorge Francisco da Cunha Pinto, da Clínica Médica da UNIRIO, pela forma carinhosa com que conduz o ensino da medicina.

Aos colegas de equipe da UTI do Hospital da Ordem Terceira da Penitência no Rio de Janeiro, pelo time coeso que fazíamos.

Aos alunos e professores da UFMA que colaboraram com esta pesquisa, proporcionando-me momentos especiais.

Aos orientadores, professor Dr. Gutemberg Fernandes de Araújo, do Mestrado em Ciências da Saúde da UFMA e professor Dr. César Augusto Castro, do Mestrado em Educação da UFMA, pela possibilidade de expressão e pelo debate que muito contribuíram para minha vida profissional e para os primeiros passos no mundo da pesquisa.

À professora Dr^a Maria Alice Melo, do Mestrado em Educação da UFMA e à professora Dr^a Zeni Carvalho Lamy, do Mestrado em Saúde e Ambiente da UFMA, pela valiosa contribuição durante a qualificação deste texto, iluminando uma melhor direção no percurso deste trabalho.

À professora Dr^a Márcia Manir Miguel Feitosa, coordenadora do curso de Letras da UFMA, pela participação no anteprojeto e pela revisão deste trabalho.

À professora Dr^a Maria do Rosário Guimarães Almeida, do Departamento de Biblioteconomia da UFMA, pela ajuda na normalização desta dissertação.

Aos colegas e professores do Mestrado em Ciências da Saúde da UFMA, pelo convívio diário.

Aos colegas e professores do Mestrado em Educação da UFMA, pela inclusão e pelo sentimento de adoção que vivenciei.

Aos colegas e professores do Mestrado em Saúde e Ambiente da UFMA, pela aceitação.

À Universidade Federal do Maranhão, casa que tem as portas abertas para pesquisa em todos os seus segmentos.

Ao Tribunal de Contas do Estado do Maranhão, pela liberação para as aulas do Mestrado.

A Rosivalda, bibliotecária da UFMA, pelo incentivo e dedicação em encontrar as referências deste texto.

A Mellina, professora de inglês do UniCEUMA, pelo apoio com os textos e pela orientação no percurso de aprendizado da língua inglesa.

Aos funcionários da UFMA que participaram de tantas formas diferentes: abrindo as portas das salas para as entrevistas, procurando papéis, marcando datas, dando informações.

Pequenos gestos, grande colaboração.

RESUMO

Análise da contribuição para o curso de medicina do ensino da Terapia Intensiva na graduação médica da Universidade Federal do Maranhão. Utiliza-se como referencial as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, homologadas em outubro de 2001, a estrutura curricular do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão e revisão da literatura mundial. Estudo realizado sob a metodologia de pesquisa qualitativa em estudo de caso. Apresenta-se como cenário a Universidade Federal do Maranhão, que recentemente incluiu o estágio em Terapia Intensiva no currículo, direcionado aos alunos no último ano de formação. Realiza-se entrevistas semi-estruturadas aos graduandos do sexto ano do curso e aos professores desta universidade acerca do interesse e utilidade da Terapia Intensiva na graduação médica, o modelo atual de ensino ao atendimento ao paciente grave e percepções da vivência com o paciente grave. Percebe-se que o interesse pela abordagem da Terapia Intensiva na graduação médica é grande e provém de uma teia de fatores que tem início na curiosidade para conhecer e estabelecer condutas ao paciente grave, algo que julgam necessário para todos os médicos. Na tentativa de conhecer o modelo de ensino ao atendimento inicial do paciente grave, discute-se questões relacionadas à prática médica e à interdisciplinaridade para a formação do médico. Identifica-se que o convívio na Unidade de Terapia Intensiva desperta no graduando de medicina reflexões sobre aspectos técnicos e humanos desta profissão. O aluno que participa do estágio na Unidade de Terapia Intensiva vivencia experiências diversas do ser médico, que versam sobre fisiopatologia, terapêutica, ética, equipe multidisciplinar, comunicação com o próprio paciente e seus familiares, autolimites, contato com a morte. Nota-se que, desta forma, o estágio neste setor auxilia na formação generalista, humanista, crítica e reflexiva do médico, proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Palavras-chave: Terapia Intensiva, ensino médico, graduação médica

ABSTRACT

This is an analysis of the contribution of the Intensive Care education to the Medical School, and to the undergraduate medical students at the Federal University of Maranhão, Brazil. Used as reference was the National Curriculum Directive of Medical Education, promulgated in October of 2001; the Curricular Structure of Medical Program of the Federal University of Maranhão; and the research of a worldwide literature on Intensive Care. The study was executed based on the methodology of quality research in a case study. Used as scenario was the Federal University of Maranhão that recently has included Intensive Care training in its program directed at graduate students in their last year of study. Semi-structural interview was conducted with the sixth year graduate student and the teachers of that University concerning their opinions about the interest and utility of the Intensive Therapy Program to the medical education, the current model of education in the care of the critical patient, as well as their perception of their experience with those patients. It is realized that the interest for broaching subject of Intensive Therapy is great in the medical education and it comes from a web of factors that has its beginning in the curiosity of knowing and establishing approaches to the critical patients, something that they believe it is necessary to all doctors. In the attempt to know the model of education used in the initial care of the seriously ill patient, discussed were issues related to the medical practice and the interdisciplinary approaches to the medical education. It is identified that experiencing together in the ICU; awaken, among the medical students, reflexes regarding the technical and human aspects of this profession. The students who participate as a trainee in the ICU live a diverse experience of the medical being. They turn to physiopathology, therapeutics, and multidisciplinary approaches, exchanging communication between the patients and/or their family with themselves, self limitation, facing and having contact with death. It is realized that, in this way, the period of training in this clinic assists in a medical formation that is more generalized, humanist, critical and reflexive, as proposed by the National Curriculum Directive lines.

Keywords: Intensive Care, medical education

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1	Da história do currículo às Diretrizes Curriculares Nacionais: um breve relato histórico	4
2.2	O que dizem as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina	8
2.2.1	Traduzindo habilidades e competências	10
2.3	O curso de medicina da UFMA: um pouco do que está registrado	12
2.4	Um passeio pelo ensino da Terapia Intensiva no mundo e seus porquês	15
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo geral	24
3.2	Objetivos específicos	24
4	METODOLOGIA	25
4.1	Da escolha aos pressupostos...	25
4.2	O pesquisador enquanto parte da pesquisa	28
4.3	Conhecendo o cenário e os sujeitos do estudo	30
4.4	Entrando em campo: a coleta de dados	31
4.5	Pré-análise: a organização do material	35
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1	Interesse/utilidade da Terapia Intensiva na graduação médica	41
5.1.1	Descobrimos interesses: diversas razões sob múltiplos olhares	42
5.2	Ensino do atendimento ao paciente grave	55
5.2.1	Interpretando a abordagem ao paciente grave: um conflito de opiniões	55
5.2.2	A prática médica e a interdisciplinaridade: tecendo o profissional	57

5.3	Percepções de vivência com o paciente grave	65
5.3.1	Antes e depois da UTI: confrontando experiências	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES.....	85
	ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Intensiva ou Medicina Intensiva é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. Esta especialidade já é, por definição, uma área de convergência multiprofissional voltada para o atendimento de pacientes com efetivo ou potencial comprometimento das funções vitais, decorrentes de falhas de um ou mais de um dos sistemas orgânicos.

Tratando-se de cuidados progressivos, a Terapia Intensiva pode ser considerada o nível mais complexo e avançado dentro da hierarquia hospitalar. A ela competem as ações de prevenir o surgimento ou evitar a progressão de estados deletérios ao equilíbrio corporal, recuperar completa ou parcialmente os estados mórbidos que comprometem agudamente a saúde de um paciente previamente hígido, restabelecer temporariamente a harmonia orgânica afetada por intercorrências agudas em indivíduos cronicamente doentes, prolongar vidas desde que a qualidade seja compatível com a dignidade humana, zelar pelo bem-estar e conforto dos pacientes terminais (ORLANDO, 2001).

A Terapia Intensiva se desenvolveu devido à necessidade de avanços tecnológicos em várias áreas, para adequadamente conduzir aqueles enfermos em estado crítico. Esse desenvolvimento ocorreu especialmente após epidemia de poliomielite em meados do século passado, para atender as vítimas que necessitavam de suporte ventilatório mecânico. Desde então o espaço da Terapia Intensiva no ambiente hospitalar caminha velozmente em todo o mundo.

Atualmente são muitos os pacientes que necessitam de cuidados intensivos, a maioria por disfunção de um ou mais de um sistema orgânico. Os pacientes são admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) provenientes de vários setores do hospital, como sala de emergência, enfermarias clínicas e cirúrgicas, centro cirúrgico. Por isso, por definição, a UTI é um local onde se encontram pacientes graves e agudamente doentes (LUCE, 2000).

A Terapia Intensiva começa a ganhar espaço como disciplina do curso de medicina, em nível mundial, principalmente nas últimas décadas, embora a função da Unidade de Terapia Intensiva como ambiente de ensino não se desenvolva na mesma proporção que sua função clínica. Como resultado, a Terapia Intensiva ainda procura sua independência acadêmica em vários países (GARCIA-BARBERO; SUCH, 1996).

Em termos de educação médica em nosso país, o Centro de Tratamento Intensivo, um termo que segundo Knobel e Kühl (1999) freqüentemente é usado como sinônimo de

Unidade de Terapia Intensiva, é recomendado como um setor para estágio aos residentes da clínica médica (CNRM, 1979).

Em outros países, a abordagem da Terapia Intensiva dentro do ensino médico tem sido feita preferencialmente para o nível da pós-graduação, embora a introdução no currículo da graduação médica já ocorra em países como Austrália (HARRISON et al., 1999), China (CRITCHLEY et al., 1995), muitos países da Europa (GARCIA-BARBERO; SUCH, 1996), Inglaterra (MACAULEY; PERKINS, 2002) e Estados Unidos; este último com requerimento educacional específico desde a década de setenta (SAFAR; GRENVIK, 1977).

No Brasil, a Terapia Intensiva é incluída no currículo da graduação médica de algumas escolas médicas, como a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Severino Sombra, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Universidade Federal do Maranhão.

Nesse sentido faz-se necessário avaliar o espaço da Terapia Intensiva na graduação médica, objeto do presente estudo.

No Brasil, o documento que define os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação dos médicos, estabelecido pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, são as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, homologado em outubro de 2001 (BRASIL.MEC.CNE., 2001). As diretrizes devem ser observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País e definem, em seus artigos iniciais, o perfil do egresso/profissional médico. Esse profissional deve ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. O egresso deve ser capacitado a atuar pautado na ética nos diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde na perspectiva da integralidade da assistência e possuir senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

A formação do médico, segundo estas diretrizes, tem como objetivo que o formando profissional/egresso possua os conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais de atenção à saúde em todos os níveis da assistência tanto individual, como coletiva; de tomada de decisão para avaliar e decidir as condutas mais adequadas baseadas em evidências científicas, visando eficácia e custo-efetividade; de comunicação na interação com o público geral e outros profissionais da saúde; de liderança envolvendo empatia, responsabilidade e habilidade para a tomada de decisão, comunicação e gerenciamento efetivo e eficaz; de administração e gerenciamento da força de trabalho e dos

recursos físicos e materiais; de educação permanente. Além destas competências e habilidades gerais, a formação do médico deve proporcionar os conhecimentos requeridos para o exercício de várias habilidades e competências específicas.

Observa-se então a necessidade de estudar a Terapia Intensiva neste contexto atual de ensino, seu *locus*, sua contribuição na formação profissional médica.

Há cerca de um ano, a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) a incorporou como parte do estágio rotatório para os acadêmicos de medicina do último ano, constituindo, assim, um campo de pesquisa para estes estudos.

A partir dessas reflexões preliminares, pretende-se verificar a compreensão dessa especialidade no ensino médico da Universidade Federal do Maranhão, em especial dos acadêmicos de medicina em seu último ano de formação e professores do curso de medicina envolvidos com o estágio médico. Faz-se necessário também avaliar a UTI como um local de ensino médico neste contexto específico.

O presente estudo vem discutir as questões apresentadas que somam, em última instância, à atuação do futuro profissional junto a seus pacientes e à sociedade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Da história do currículo às Diretrizes Curriculares Nacionais: um breve relato histórico

Definir currículo é algo complexo. A palavra “currículo” é originária do latim “*curriculum*” e foi utilizada desde a civilização grega para descrever os temas ensinados naquela época.

Para analisar a história do currículo, é importante observá-lo como algo dinâmico e em constante transformação, pois é um artefato social e histórico sujeito a mudanças e flutuações. A história do currículo deve tentar captar tanto os pontos de continuidade e evolução, como os de disjunturas e rupturas (SILVA, 2001). Nesse sentido, a palavra “currículo”, que se traduz para a Língua Portuguesa como “pista de corrida”, dá o aspecto deste longo processo.

Outro aspecto conceitual que recorre à etimologia da palavra “*curriculum*” é o fato de ela derivar do verbo latim “*currere*”, correr. Ao abordar essa questão lingüística, refere-se então a uma atividade, a uma ação e não a uma coisa, um substantivo. Ao enfatizar um verbo, desloca-se a ênfase da “pista de corrida” para “percorrer a pista”. O currículo deve ser compreendido como uma atividade que não se limita à vida escolar, e sim à vida inteira, pois é através deste percurso que o indivíduo vai construindo e assumindo a sua identidade (SILVA, 2001).

O interesse da história do currículo não é apenas verificar como se organizava o conhecimento de uma determinada época, mas também por que se organizava desta forma. Isso implica ver o currículo não como resultado de um processo social necessário para transmissão de valores com o que há um acordo geral, mas um processo de lutas entre diferentes tradições e concepções sociais, o que gera uma leitura de currículo como algo intencional, não-inocente. O currículo é constituído não de conhecimentos válidos, mas aqueles considerados socialmente válidos para uma determinada época histórica.

Ele provavelmente aparece pela primeira vez como objeto específico de estudo e pesquisa nos Estados Unidos por volta dos anos vinte do século passado, conectado com o processo de industrialização e o processo imigratório que intensificavam a massificação da escolarização (SILVA, 2001).

Estas idéias foram grafadas por Bobbitt em 1918 quando escreve *The curriculum*, no qual o modelo institucional desta concepção de currículo é a fábrica e os estudantes devem ser processados como um produto fabril. O modelo de Bobbitt tem como inspiração teórica a administração científica do taylorismo e, como palavra-chave, “eficiência”, olhar que estava claramente voltado para a economia da época. O currículo seria, para Bobbitt, uma especificação precisa de objetivos, procedimentos e métodos para a obtenção de resultados que possam ser precisamente mensurados. Naquele momento, buscou-se responder questões sobre as finalidades e os contornos da escolarização das massas: quais seriam os objetivos da educação escolarizada, que disciplinas ensinar, se o que deveria estar no centro do ensino eram os saberes “objetivos” ou as percepções e as experiências “subjetivas” das crianças e jovens.

O modelo curricular de Bobbitt se consolida definitivamente em um livro de Ralph Tyler publicado em 1949, no qual centra o paradigma curricular em questões organizacionais e de desenvolvimento. O currículo, segundo Tyler, deve buscar responder às quatro questões básicas: inicialmente os objetivos que se pretende alcançar, o que oferecer de experiências pedagógicas para alcançá-los, como organizar para alcançá-los e como verificar se eles realmente foram atingidos.

Esse paradigma tradicional e tecnocrático estabelecido por Tyler repercutiu em outros países, incluindo o Brasil. Nesta abordagem tradicional, o currículo dá atenção central aos processos de planejamento, implantação dos objetivos, conteúdos e métodos de ensino, avaliação.

Neste contexto histórico para o curso de medicina, é publicado, em 1910, o relatório Flexner. Esse texto, descrito pelo educador americano Abraham Flexner, publicado pela *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, fazia uma avaliação de mais de cem escolas médicas existentes nos Estados Unidos e Canadá e apontava um quadro preocupante em vários aspectos do ensino médico daqueles países (BRIANI, 2001). Esse relatório ultrapassou seus objetivos políticos, institucionais, sociais e geográficos, gerando repercussões em todos os países da América Latina, notadamente após a Segunda Guerra Mundial (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2002). O relatório Flexner propõe, com base no sucesso do modelo da universidade alemã, a divisão do curso em disciplinas básicas e clínicas, a criação de departamentos e o sistema de créditos. Essas recomendações acabaram por se tornar paradigma para o ensino superior, em especial nas carreiras biomédicas (BRIANI, 2001).

Esse relatório marcou de forma incisiva as estruturas curriculares dos cursos médicos do ocidente no século passado, caracterizando-se pela ênfase nos conhecimentos especializados e incentivo à aprendizagem da prática médica nos hospitais de ensino, além de incentivo à pesquisa. No Brasil, a Reforma Universitária Brasileira em 1968, que criou departamentos como unidades funcionais onde estão alocadas as disciplinas, extinguiu as cátedras e adotou o sistema de créditos, foi influenciada pelo modelo norte-americano pós-Flexner (MOREIRA apud BRIANI, 2001).

A partir dos anos 60-70 do século XX, no meio de inúmeros movimentos de ruptura dos padrões tradicionais como a liberação sexual feminina, a luta contra a ditadura militar no Brasil, o feminismo, a libertação das antigas colônias européias, os protestos contra a guerra do Vietnã nos Estados Unidos, entre outros, houve, não por coincidência, uma revisão e crítica aos modelos tradicionais de currículo. Os aspectos tradicionais de currículo, interessados em descrever “como” fazer o currículo, os objetivos a alcançar e sua verificação, começam a perder espaço por não estarem contextualizados aos movimentos da época, emergindo a necessidade de novas abordagens do currículo. Naquele momento a atenção começa a se deslocar de “como fazer o currículo” para “o que o currículo faz”.

Nesse contexto para os cursos médicos, baseado na necessidade de revisão dos currículos tradicionais, a resolução n.8/69, oriunda do Ministério da Educação e do Conselho Federal de Educação, fundamentada no Parecer n. 506/69 do mesmo Conselho ainda em vigor, fixa diretrizes, define os limites, a duração do curso e o núcleo de matérias consideradas indispensáveis à adequada formação profissional. Estabelece o currículo mínimo, tendo a integração das disciplinas como marco para o planejamento curricular. Ao ser atendido o currículo mínimo, a organização curricular do curso poderia ser complementada por outras matérias para atender às peculiaridades regionais e individuais, o chamado currículo pleno (LAMPERT, 2001).

Apesar das críticas ao texto normativo que fazem supor um modelo único ao universo das escolas médicas, esses documentos representaram um avanço na época em que foram aprovados por instituírem a promoção da saúde do indivíduo e da coletividade, o combate à especialização precoce, o uso racional do hospital de ensino e a interdisciplinaridade, não cerceando a liberdade das escolas, preservando a flexibilidade para construção de um currículo pleno, levando em consideração as diferenças regionais e individuais dos alunos (ROSA, 1996).

Os estudos do currículo, a partir da década de setenta, enfatizam outras abordagens. As chamadas teorias críticas do currículo, inspiradas nos elementos da crítica

marxista, enfatizam a ideologia, reprodução cultural e social, classe social, relações sociais de produção, conscientização, emancipação e libertação, currículo oculto, resistência, caracterizando o currículo como um espaço de poder por se tratar de uma construção social. Já as análises das teorias pós-críticas trazem, por seu lado, conceitos mais amplos como identidade, diferença, subjetividade, significação e discurso, saber-poder, representação, cultura, gênero, raça, etnia, sexualidade, multiculturalismo (SILVA, 2001).

Nesta perspectiva, a área de currículo deixa de ser vista apenas como técnica, voltada somente para as questões metodológicas e passa a incluir uma concepção crítica guiada por questões sociológicas, políticas e epistemológicas. As questões do método passam a ser importantes posteriormente, na medida em que estejam inicialmente relacionadas ao porquê das formas de organização do conhecimento escolar. A caracterização do currículo, entrelaçado às determinações sociais e históricas, o vincula às formas de organização da sociedade e da educação.

Neste caminho, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n.9.394/96 (BRASIL.MEC.,1996) disciplina a educação escolar baseada nos princípios de igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber, o pluralismo de idéias e concepções pedagógicas, o respeito à liberdade, a vinculação da educação escolar com o trabalho e as práticas sociais, entre outros.

Para a educação superior, a LDB estabelece entre outras finalidades, que este nível educacional deva estimular a criação cultural, o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo e formar profissionais aptos para a inserção profissional, com vistas à participação no desenvolvimento da sociedade brasileira. Também expande a autonomia das Instituições de Ensino Superior (IES) para inovações no projeto pedagógico, a criação de novos cursos, a definição dos currículos plenos (BRZEZINSKI, 1997).

Seguindo este rumo, em dezembro de 1997, o edital n.4/97 do MEC convoca as IES e a comunidade interessada, sociedades científicas, associações profissionais e associações de classe para que apresentem propostas de novas diretrizes curriculares para os cursos superiores de graduação, deixando claro que os mesmos têm o papel inicial de formação no processo da educação permanente, reafirmando que o profissional, formado no final do curso, deverá estar apto para a inserção no mercado de trabalho.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisdões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL.MEC.CNE., 2001).

As diretrizes asseguram às instituições de ensino superior liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas, incentivam uma sólida formação geral e fortalecem a integração teórico-prática, entre outros princípios gerais (BRASIL.MEC.SESU, 2001).

As Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde orientam a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais enfatizados nessa articulação. A discussão do currículo médico necessariamente tem de estar ligada diretamente ao conceito atual de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde como estado de bem-estar físico, social e psíquico, e não simplesmente ausência de doença.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina entram em vigor em 03 de outubro de 2001 após sua homologação fundamentada no Parecer CES 1.133/2001. Estas diretrizes definem os princípios, fundamentos, condições e procedimento da formação deste profissional.

2.2 O que dizem as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina

O presente trabalho aponta como referencial as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (ANEXO A) .

Essas diretrizes trazem como princípio básico que o egresso do curso deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitando-o a atuar, pautado em princípios éticos e responsabilidade social, no processo de saúde-doença em seus diferentes

níveis de atenção: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, como promotor da saúde integral do ser humano.

A formação do médico, segundo estas diretrizes, tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais: de atenção à saúde em todos os níveis da assistência tanto individual, como coletivo; de tomada de decisão para avaliar e decidir as condutas mais adequadas baseadas em evidências científicas visando eficácia e custo-efetividade; de comunicação na interação com o público geral e outros profissionais da saúde; de liderança envolvendo empatia, responsabilidade e habilidade para a tomada de decisão, comunicação e gerenciamento efetivo e eficaz; de administração e gerenciamento da força de trabalho e dos recursos físicos e materiais; de educação permanente.

Além destas competências e habilidades gerais, a formação do médico deve proporcionar ao profissional os conhecimentos requeridos para o exercício de várias habilidades e competências específicas como: atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde com ênfase nos atendimentos primário e secundário; comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares; informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação; realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica e dominar a arte e a técnica do exame físico; dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocioambiental, subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico para a interpretação dos dados e resolução; diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças e a eficácia da ação médica; reconhecer as próprias limitações e encaminhar adequadamente os pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral; utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente e hierarquizados para atenção integral à saúde no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção; realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico; conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos; considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população; ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em

atividades de política e de planejamento em saúde; atuar em equipe multiprofissional; manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde, entre outros (BRASIL.MEC.CNE., 2001).

Ainda no que diz respeito à formação, o curso de graduação em medicina deve ter um projeto pedagógico construído coletivamente que busque a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

A estrutura do curso de medicina, segundo as diretrizes, deve propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato. Essa estrutura deve incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; deve promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; deve inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para sua futura vida profissional e utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem que lhe permitam conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL.MEC.CNE., 2001).

As diretrizes curriculares são um desafio ao ensino médico e construí-las dia-a-dia faz parte da contribuição desse profissional à sociedade.

2.2.1 Traduzindo habilidades e competências

As Diretrizes Curriculares levam em consideração que o curso de medicina deve prover o graduando de conhecimentos para que, ao término do curso médico, o egresso exerça habilidades e competências em diversos aspectos já abordados anteriormente, e não apenas conhecimentos ou conhecimento *per si*.

Como marco conceitual para o entendimento do que são habilidades e competências, levar-se-á em conta algumas noções anteriormente definidas por educadores como Philippe Perrenoud e Carlos Henrique Carrilho Cruz.

São múltiplos os significados da noção de competência, mas esta pode ser compreendida como a capacidade de agir eficazmente em uma determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. Os conhecimentos são representações construídas e armazenadas pela experiência própria e da formação e são condição necessária

para o alcance das competências, ambos estreitamente complementares. A competência vai além da memorização precisa e de uma lembrança oportuna de teorias pertinentes, sendo necessário relacioná-las, interpretá-las, inferi-las, realizar complexas operações mentais que só pode construir-se ao vivo em função de seu saber, de sua perícia e de sua visão da situação. É na possibilidade de relacionar de forma pertinente os conhecimentos prévios e os problemas que se reconhece uma competência (PERRENOUD, 1999).

A noção de competência foi apropriada pelo mundo globalizado. Há um aspecto relativamente claro de que a questão das competências passa necessariamente pelas relações educação/trabalho. Os novos modelos de produção exigem a capacidade de pensar, decidir, ter iniciativa, expressar-se com clareza, ser autônomo e ler processos em movimento. A prática tradicional da “transmissão de conteúdos” não é mais adequada ao tempo contemporâneo por estar em grande parte esvaziada de sentido, desvinculada e descontextualizada da realidade. Numa sociedade em que o conhecimento transformou-se no principal fator de produção, é compreensível que várias abordagens estejam presentes tanto na esfera econômica, como na educacional (CRUZ, 2001).

A escola segue a mesma trilha a fim de adaptar-se, modernizar-se e inserir-se nos valores da economia de mercado como gestora de recursos humanos na busca da qualidade total. Necessita, dessa forma, tornar-se mais eficaz, que prepare melhor para vida e que satisfaça a sociedade.

A construção de competências é inseparável da formação de esquemas de mobilização dos conhecimentos com discernimento e em tempo real, a serviço de uma ação eficaz. Esses esquemas de mobilização dos recursos cognitivos em uma situação complexa desenvolvem-se e estabilizam-se na prática, no treinamento. Para interagir com o mundo, se deve ao mesmo tempo apropriar-se de conhecimentos profundos e construir competências suscetíveis de mobilizá-los corretamente, para que se possa antecipar, correr riscos, decidir e agir em situação de incerteza. Construir uma competência significa aprender a identificar e encontrar os conhecimentos pertinentes e, uma vez organizados e designados pelo contexto, transferi-los e mobilizá-los.

O treinamento apropriado é peça fundamental na construção de competências, pois depende do equilíbrio da dosagem entre o trabalho isolado de seus diversos elementos e a integração desses elementos em situação de operacionalização. Acreditar que o aprendizado seqüencial de conhecimentos provoque espontaneamente sua integração operacional em uma competência seria uma utopia (ÉTIENNE; LEROUGE apud PERRENOUD, 1999).

A competência abriga três dimensões: saberes, atitudes e valores. Abrange o domínio de um saber formalizado, cognitivo; de um saber-fazer, pois a competência se consolida em uma ação; e de um saber-ser, pois o conhecimento, posto em prática numa ação, é regulado socialmente. A competência se passa, portanto, em operacionalizar conhecimentos, atitudes e valores e é ferramenta construída que pressupõe ação intencional do professor. Uma abordagem por competências exige, entre outros aspectos, a transposição didática que significa desenvolver uma vivência que prepare para a compreensão de um mundo diversificado, de múltiplos aspectos e que trabalhe o raciocínio a fim de desenvolver um conhecimento e um saber-fazer em rede (CRUZ, 2001).

A gênese de competências passa por raciocínios explícitos, decisões conscientes, acertos e erros. Esse funcionamento pode automatizar-se, rotinizar-se, transformando as ações em operações e hábitos extrapolando os processos conscientes. A mobilização torna-se praticamente instantânea e a competência assume um complexo esquema estabilizado. A partir do momento em que o indivíduo alcança este estágio de fazer o que seria o correto, de executar sem sequer pensar (pois já o fez), utiliza-se não mais da denominação “competência”, e sim de “hábitos” ou “habilidades”. A competência alcança, assim, a sua máxima eficácia (PERRENOUD, 1999).

As habilidades são a dimensão mais explícita da competência, são os saber-fazer, componentes da competência, expressos em ação e tornam-se indicadores de desempenho com vistas à avaliação da competência prevista.

Uma vez revisadas as Diretrizes Curriculares, texto que orienta o currículo dos cursos superiores do Brasil, partindo de uma sucinta história até a explanação mais detalhada das Diretrizes do Curso de Medicina, este trabalho traz como referencial algumas questões curriculares do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão.

2.3 O curso de medicina da UFMA: um pouco do que está registrado

Atualmente, no Maranhão, duas universidades oferecem o curso de graduação em medicina: a Universidade Federal do Maranhão e o da Universidade Estadual do Maranhão que teve início no ano corrente. Provavelmente no próximo ano terá início um curso de medicina oferecido por Centro Universitário privado, o UniCEUMA.

O curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão é o mais antigo curso de medicina do estado, criado em 1958 pelo Decreto n. 43.941/58, de 03 de setembro de 1958

e publicado no Diário Oficial da União em 05 de setembro de 1958. O referido curso foi reconhecido pelo Decreto n.58.364/66 de 09 de maio de 1966 e publicado no Diário Oficial da União em 10 de maio de 1966 (UFMA, 2000).

Segundo o relatório para a avaliação do MEC, escrito em 2000, o curso de medicina da UFMA tem como objetivo geral formar profissionais que assistam às pessoas e à coletividade na prevenção, no tratamento e no controle das doenças nas quatro áreas básicas da medicina – clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e toco-ginecologia (UFMA, 2000). Além desse objetivo geral, os objetivos específicos deste curso são: oferecer qualificação técnico-científica de forma interdisciplinar e multiprofissional, visando à formação integral do médico; interferir no binômio saúde/doença como fator dependente da realidade sócio-econômica e cultural da população em que atue; participar da elaboração de planos e programas que promovam a proteção e a recuperação da saúde individual e coletiva; proporcionar conhecimento teórico-prático nas áreas de Clínica Médica, Saúde Coletiva, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia para resolução de demanda relacionada com procedimentos de cirurgia em geral (UFMA, 2000).

O mesmo documento estabelece que, ao final do curso, o egresso/profissional médico deverá ser capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, tendo formação generalista, com compromisso social e conteúdo ético-humanístico; adaptar-se e readaptar-se às transformações da realidade, como consequência da integração ensino, pesquisa e extensão; respeitar e interagir no perfil epidemiológico, interferindo no binômio saúde/doença como fator dependente da realidade sócio-econômica e cultural em que atue (UFMA, 2000).

Atualmente, este curso funciona em sua maior parte dividido entre o *Campus* Universitário, onde são ministradas a maioria das disciplinas básicas e o Hospital Universitário, onde são ministradas a maioria das disciplinas profissionais. O regime de matrícula do curso é o semestral.

O currículo do curso de medicina em vigor é o de número trinta, implantado no primeiro semestre de 1995 (UFMA, 1995). As turmas de ingressos até o segundo semestre de 2000 perfaziam 35 alunos; a partir do primeiro semestre de 2001, 46 alunos.

Quanto à estrutura curricular, o curso de medicina da UFMA possui disciplinas agrupadas em 7 departamentos: morfologia, ciências fisiológicas, saúde pública, patologia, medicina I, medicina II, medicina III. Outros departamentos não específicos do curso de medicina oferecem algumas disciplinas para o referido curso, como o departamento de biologia, educação física e o de psicologia. As disciplinas são oferecidas ao longo dos 12 semestres do curso.

Geralmente, 4 a 6 disciplinas são oferecidas por semestre do primeiro ao décimo período e os dois últimos períodos são os de estágio curricular nas quatro áreas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, toco-ginecologia e pediatria, além do internato rural.

As disciplinas básicas são oferecidas preferencialmente nos três primeiros semestres do curso, como anatomia, histologia, fisiologia, bioestatística, imunologia, introdução à saúde pública, entre outras. Mesmo essas disciplinas básicas possuem carga horária dividida em teórica e prática. A tendência da divisão desta carga horária faz com que o conteúdo prático seja igual ao teórico ou superior ao teórico. A título de exemplo, a disciplina de bioestatística possui 30h práticas e 30h teóricas (UFMA.CCBS.SAÚDE PÚBLICA, 2003); as disciplinas de anatomia I e anatomia II possuem 30h teóricas e 60h práticas cada (UFMA.CCBS.MORFOLOGIA, 2003). Como exceção desse contexto, a disciplina de introdução à saúde pública disponibiliza 45h teóricas para o curso (UFMA.CCBS.SAÚDE PÚBLICA, 2003).

A partir do quarto semestre, os alunos começam a freqüentar o hospital-escola para iniciarem as disciplinas profissionais, mesmo ainda cursando algumas disciplinas básicas. É a partir deste semestre que se dá início à semiologia médica, patologia e psicologia, seguindo nos demais semestres o ensino das diversas ramificações da medicina, como radiologia, clínica médica, clínica cirúrgica e tantas outras.

A carga horária das disciplinas profissionais é bastante variável, mas há claro predomínio da parte prática sobre a teórica. A título de exemplo, a disciplina Semiologia I disponibiliza 45h para parte teórica e 180h para a prática (UFMA.CCBS.MED.I, 2003); a Clínica Médica II disponibiliza 60h para a parte teórica e 180h para a prática (UFMA.CCBS.MED.II, 2002), a Clínica Cirúrgica I disponibiliza 60h para a parte teórica e 180h para a parte prática (UFMA.CCBS.MED.II, 2002). Como exceção a esse contexto, a disciplina Genética oferece 60h teóricas para os alunos do curso de medicina (UFMA.CCBS.BIOLOGIA, 2003).

Não há uma disciplina específica no curso de medicina para emergência, nem para a Terapia Intensiva na estrutura curricular do primeiro ao décimo período.

Como já mencionado, os dois últimos períodos do curso são os de estágio supervisionado nas quatro áreas básicas, além do internato rural. Neste estágio, a turma é dividida em pequenos grupos (geralmente 4 a 6 alunos) e dá-se início ao rodízio por área e por especialidades. A carga horária prevista nos rodízios é de quinhentas e treze horas em cada uma das áreas.

As disciplinas oferecidas pelo currículo vigente e a carga horária de cada uma delas, bem como a seqüência aconselhada fizeram parte do referencial desta pesquisa (ANEXO B).

Em 2002, os alunos do último ano do curso de medicina iniciaram estágio rotatório de 60 horas na UTI geral, quando na época do internato de clínica médica, supervisionados pelo *staff* do local (UFMA.CCBS.MEDICINA III, 2003). Cada grupo de 3 ou 4 alunos fez rodízio das 13 às 19h por duas semanas consecutivas na UTI, o que constituiu campo de pesquisa para o tema escolhido.

Uma vez exploradas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina e questões curriculares do curso de medicina da UFMA, este trabalho aponta algumas referências do que foi publicado em termos do ensino da Terapia Intensiva, em nível mundial, no capítulo a seguir, visando um direcionamento para essa questão específica.

2.4 Um passeio pelo ensino da Terapia Intensiva no mundo e seus porquês

Os primeiros estudos que abordam a face educacional da Terapia Intensiva ocorrem por volta dos anos sessenta do século passado nos Estados Unidos, após análise de *surveys* distribuídos em nível nacional que apontavam que aproximadamente 50% dos médicos daquele país se consideravam incapazes de conduzir efetivamente manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) e que apenas 20% das escolas médicas questionavam essas habilidades aos seus estudantes no final do curso. Por essa razão, na década de setenta, estabeleceu-se um programa educacional específico para uma abordagem de currículo multidisciplinar em emergência e cuidados intensivos para alunos do curso de medicina e para a residência médica naquele país (SAFAR; GRENVIK, 1977).

Uma análise da situação da educação em Terapia Intensiva e suas futuras necessidades é realizada por Buchman e colaboradores em 1992, utilizando revisão de literatura e as respostas de um questionário realizado em 1990 com os participantes do Simpósio Científico e Educacional da Sociedade de Terapia Intensiva. Do total de respostas, 94% consideravam a Terapia Intensiva como um corpo de conhecimentos e habilidades com identidade própria, e não uma extensão de outras disciplinas. Além disso, 93% das opiniões revelavam que todos os clínicos deveriam estar familiarizados com os cuidados básicos ao paciente crítico e que os alunos eram capazes de aprender esses fundamentos. Dessas respostas, 88 % consideravam que deveria ser requerido aos alunos esse aprendizado.

Em discussão sobre o tema, Buchman e colaboradores (1992) reavaliam o requerimento educacional da abordagem de currículo multidisciplinar em Terapia Intensiva para estudantes de medicina e residentes, proposto vinte e cinco anos antes por Peter Safar e Ake Grenvik. É verificado que esta abordagem para pós-graduação se concretiza como estágio rotatório, mas para a graduação ainda é deixada em segundo plano no currículo da maioria das escolas médicas daquele país. Como consequência, os estudantes normalmente se graduam revelando carência na maioria das habilidades básicas inerentes à Terapia Intensiva, tendo dificuldades em referenciar apropriadamente um paciente para UTI e de iniciar intervenções em situação de emergência (BUCHMAN et al., 1992). Tal estudo revela que:

Há uma lacuna entre o que os estudantes de medicina são exigidos a aprender e o que eles precisam saber para efetivamente iniciar as intervenções de cuidados intensivos e referir apropriadamente pacientes para as UTIs. Esta lacuna pode e deve ser reparada com a implementação da Terapia Intensiva no núcleo curricular (BUCHMAN et al., 1992, p.1595, tradução nossa).

Após este estudo de Buchman e colaboradores (1992), o grupo desta pesquisa organiza uma proposta curricular revisada e endossada pelo *Council of the Society of Critical Care Medicine*, citando os objetivos do aprendizado dos cuidados ao paciente crítico para ser avaliado pelo comitê de currículo do *Liaison Committee on Medical Education*, entidade que reconhece o currículo das escolas médicas dos Estados Unidos. Esta proposta foi realizada de acordo com os conhecimentos cognitivos e habilidades psicomotoras para prover um senso de prioridades. O grupo alega que estes conhecimentos podem e devem ser reunidos nas disciplinas tradicionais, mas que há motivos para organizar certos objetivos de aprendizagem na Unidade de Terapia Intensiva: o fato de a maior parte dos estudantes de medicina não estar familiarizado com a forma mais comum de doença crítica; alguns tópicos são difíceis de ensinar fora da UTI como manejo da via aérea e da ventilação, falência orgânica múltipla, estado de mal asmático, pós-operatório de um paciente crítico. Para eles, os alunos que “apenas passam” pela UTI não podem esperar o ensino dos aspectos essenciais dos cuidados ao paciente crítico; é necessário um contato maior.

Apesar das vantagens da UTI para o ensino dos cuidados ao paciente crítico, as dificuldades deste ambiente também são levadas em consideração neste estudo de Buchman e colaboradores (1992). Para eles, a maioria dos estudantes é mal preparada para lidar com os aspectos técnicos e o estresse emocional da UTI. Eles têm pouco conhecimento da sistemática e prioridades na conduta dos cuidados ao paciente crítico, não estão familiarizados com doenças com evolução grave, normalmente não sabem os detalhes de um paciente seu quando

este se encontra na UTI, agindo apenas como espectadores perplexos. A participação guiada por um senso de responsabilidade é uma peça importante no aprendizado do estudante de medicina e um currículo pré-estabelecido assegura aos estudantes que eles de fato aprenderão o básico e não se perderão em minúcias, pois uma experiência em cuidados com o paciente crítico sem planejamento se traduz em nenhuma experiência (BUCHMAN et al., 1992).

A discussão com os alunos, para que se diminua a ansiedade existente durante o aprendizado em uma UTI, é uma peça fundamental e foi descrita nos estudos de Paul Rogers, Ake Grenvik e Robert Willenkin (1995). Para eles, os estudantes podem se sentir frustrados por sua não-familiaridade com a parte material-tecnológica que envolve este ambiente e na ansiedade e insegurança de lidar com pacientes gravemente enfermos. Há a necessidade de que os alunos entendam previamente que só passarão a assumir responsabilidades gradualmente, na medida em que forem adquirindo experiência e conhecimento (ROGERS; GRENVIK; WILLENKIN, 1995).

Existem razões para assegurar que todos os médicos devem ao menos ter alguma familiaridade com os fundamentos da Terapia Intensiva, iniciando pelo fato de que a recuperação dos pacientes críticos é contingência de um rápido reconhecimento e o estabelecimento de intervenções imediatas de suporte antes da transferência para a UTI. Este conhecimento tem que ser extensivo entre todos os clínicos, para que se perceba tanto as indicações, como as limitações da Terapia Intensiva. As habilidades de ressuscitação são essenciais para todos os médicos (BUCHMAN et al., 1992).

Seguindo a trajetória de Buchman e colaboradores (1992) que estabelece os objetivos específicos, *guidelines* para o ensino da Terapia Intensiva e lança programas para o desenvolvimento curricular nos Estados Unidos; em 1995 é proposto um estudo com o objetivo de responder se os alunos realmente podem aprender as habilidades necessárias para resolução de problemas na Unidade de Terapia Intensiva. Realiza-se um curso de um mês, baseado nos aspectos particulares da UTI com os alunos do quarto ano do curso de medicina da Universidade de Pittsburg, nos Estados Unidos. Os temas do curso incluíam diagnóstico, análise de dados laboratoriais e de resposta terapêutica, além de explanação sobre os aspectos éticos relacionados aos pacientes da UTI. Esse curso tem como delineamento pedagógico a orientação e explanação dos objetivos da pesquisa, participação ativa dos alunos em conferências, *rounds*, laboratório de habilidades psicomotoras, de modo a encorajar a decisão, a resolubilidade e a habilidade para análise e interpretação de dados clínicos e laboratoriais, diagnóstico diferencial e prioridade frente à resolução dos problemas. Para avaliação do estudo, os alunos foram submetidos a uma prova escrita em um delineamento rotacional, em

que foram elaborados casos clínicos que envolviam aplicação da fisiologia cardiovascular, equilíbrio ácido-base, doenças infecciosas e patologias gastrointestinais. Comparando o aumento estatisticamente significativo entre as médias das provas dos alunos antes e após o curso, o estudo afirma que os alunos de fato podem aprender as habilidades inerentes à Terapia Intensiva, embora reconheça que a metodologia de avaliação usada verifique apenas parte de todo o processo (ROGERS; GRENVIK; WILLENKIN, 1995).

Após a publicação desse estudo da Universidade de Pittsburg no *Critical Care Medicine*, várias discussões sobre o ensino da Terapia Intensiva ocorreram nos Estados Unidos, tanto favorável, quanto desfavoravelmente.

Os trabalhos favoráveis à abordagem feita nesta Universidade reconhecem o esforço pela elaboração de uma abordagem que satisfaça a um programa gradativo supervisionado, envolvendo cenários diferentes para abranger a totalidade da Terapia Intensiva e que estimule o estudante a opinar e a justificar sua postura frente à questões técnicas e éticas envolvendo os pacientes da UTI e seus familiares. Esses trabalhos ressaltam que, embora uma boa parte dos recém-graduados esteja trabalhando no nível primário da atenção à saúde, os objetivos do programa, relacionados à informação, análise de dados, seleção terapêutica e posterior avaliação dos resultados, fazem parte do aprendizado de qualquer graduando. Pela complexidade da Terapia Intensiva há a necessidade de um pensamento claro, interpretação e junção de resultados para que se desenvolvam habilidades de articular os problemas para proposta de solução. Esse processo de tomada de decisão clínica é necessário em todos os aspectos da medicina, independente se no nível de atenção primária ou em área especializada. O processo de tomada de decisão é o mais importante aspecto do rodízio dos alunos na Terapia Intensiva (CIVETTA;VARON, 1995; ROGERS, 1995).

Do outro lado, os trabalhos que discordaram desta abordagem alegam que a Terapia Intensiva seria um nível avançado e desafiador dentro das especialidades médicas e acreditam que a necessidade dos alunos seria possuir uma base sólida de habilidades básicas como anamnese, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas e conduta, alertando para a precocidade desnecessária (MARIK;KAUFMAN,1995; WEINMANN, 1996).

Nesta mesma linha de pesquisa, outro trabalho é realizado por Mila Garcia-Barbero e J. Cartula Such (1996), com o objetivo de analisar como estava o ensino da Terapia Intensiva para a graduação e pós-graduação na Europa. O primeiro passo metodológico da pesquisa foi enviar questionário fechado a UTIs de pelo menos cinco grandes hospitais de cada um dos 50 países que formam a Região Européia da Organização Mundial de Saúde,

para identificar a estrutura e os programas do treinamento em Terapia Intensiva. Posteriormente foi enviado um outro questionário a 373 escolas médicas na Região Européia que interrogava sobre as disciplinas de todo o curso médico, incluindo carga horária e metodologia de ensino. Após coleta dos dados, este estudo analisou a variação do ensino da Terapia Intensiva tanto na graduação, como na pós-graduação destes países. O trabalho revela que, em relação ao ensino da graduação, os tópicos relacionados à Terapia Intensiva, na maioria das vezes, não são abordados de forma conjunta, e sim distribuídos entre as disciplinas tradicionais, mais freqüentemente medicina interna, anestesiologia e cirurgia. Mesmo em países onde a Terapia Intensiva é considerada uma especialidade ou subespecialidade, em grande parte das vezes, ainda não é reconhecida como uma disciplina acadêmica independente na graduação. Embora os resultados demonstrem que situações com os pacientes críticos são abordadas em todas as escolas médicas, os princípios e a prática da Terapia Intensiva ainda estão em um segundo plano na maioria dos currículos (GARCIA-BARBERO; SUCH, 1996).

Esse estudo europeu cita que um problema particular das escolas médicas são os tópicos de ressuscitação cardiorrespiratória. Enquanto os conceitos de RCP são ensinados a vários profissionais da saúde, bombeiros, professores e estão sendo introduzidos na comunidade, muitos médicos e alunos de medicina relatam carência deste conhecimento básico, o que os coloca em situação desfavorável em situações críticas. A experiência na UTI permite que os alunos reconheçam um paciente grave e compreendam que o sucesso da ressuscitação está relacionado ao rápido diagnóstico e de como agir com eficiência. Assim, embora o núcleo da Terapia Intensiva situa-se no treinamento da pós-graduação, os médicos deveriam dominar algumas competências na graduação. E destacam:

Embora o volume do ensino da Terapia Intensiva esteja direcionado para o treinamento da pós-graduação, poucos argumentariam contra a necessidade dos graduandos de medicina em adquirir experiência em lidar com emergências médicas (GRACIA-BARCERO; SUCH, 1996, p. 697, tradução nossa).

Um artigo publicado na revista *New Horizons* da *Society of Critical Care Medicine* em 1998, faz um paralelo entre a reforma do sistema de saúde dos Estados Unidos e a ênfase a cuidados com pacientes ambulatoriais e de cuidados primários refletidos no ensino médico, com o ensino dos cuidados ao paciente crítico. Segundo o artigo, apesar das orientações principais dizerem respeito aos cuidados básicos, o hospital continua recebendo pacientes com gravidade. Os residentes e alunos do último ano do curso, independente da

especialidade que escolheram para si, são chamados para avaliar pacientes instáveis e precisam saber reconhecer sinais e sintomas de instabilidade respiratória e cardiovascular e iniciar ressuscitação para estabilização antes do transporte para uma unidade de referência ou UTI. Todos os estudantes necessitam aprender estas habilidades; apesar disso, a maioria das escolas não exigem que os alunos aprendam (MURRAY; ROGERS, 1998).

Nesse artigo assinado por Michael J. Murray e Paul L. Rogers (1998), os autores defendem que, embora a UTI possua uma equipe profissional altamente especializada, esteja ocupada por pacientes graves com muitos sistemas orgânicos comprometidos e utilizando tecnologia avançada, ela é um excelente ambiente de ensino. A Terapia Intensiva dá oportunidades de reforçar muitos princípios gerais da medicina interna, chances de observar a fisiologia no seu tempo real e de ensinar a organizar habilidades para análise e prioridade na resolução dos problemas e de se estabelecer objetivos para a conduta terapêutica. Mesmo que os alunos nunca tenham conduzido um paciente em ventilação mecânica, eles necessitam saber estabelecer o suporte ventilatório manual sob máscara e, no caso de parada cardiorrespiratória, é necessário que se aprenda as habilidades técnicas e de comunicação para liderança na reanimação. Além disso, a Terapia Intensiva dá oportunidades de lidar com aspectos éticos como iniciar ou não ressuscitação cardiorrespiratória e obter termo de consentimento para doação de órgãos, oportunidade de avaliar custo-benefício, oportunidade de desenvolver sensibilidade para habilidade de comunicação com os familiares dos pacientes (MURRAY; ROGERS, 1998).

Para Buchman e colaboradores, a Terapia Intensiva é considerada uma das “áreas de ponte” pelo currículo das escolas médicas, por derivar de várias disciplinas básicas. Por este fato, presume-se que os tópicos relacionados à Terapia Intensiva são abordados em todas essas disciplinas (BUCHMAN et al., 1992). Entretanto, estudos com os estudantes do quarto ano do curso, utilizando manequim em tempo real para avaliar se os mesmos possuíam as habilidades necessárias para iniciar conduta em face da situação crítica, demonstra que há falhas neste processo de tomada de decisão frente a esta situação específica. O estudo mostra que os alunos, após participarem de curso na Unidade de Terapia Intensiva, melhoram significativamente estas habilidades (ROGERS et al., 2000).

Da mesma forma, o estudo de G.A. Harrison e colaboradores (1999) na Austrália tem o objetivo de verificar a percepção dos alunos de medicina do último ano do curso quanto ao seu conhecimento e competência nas habilidades para prevenir a perda do paciente em doença de caráter agudo e reversível. Para tal, o estudo descreve os resultados de um questionário fechado realizado em 1994 com estudantes de medicina da Universidade de *New*

South Wales, que demonstram que uma grande proporção de alunos do último ano do curso de medicina não executaram ou não presenciaram a execução de muitos procedimentos envolvidos nos cuidados intensivos, incluindo intervenções simples. Também responderam que lhes faltaria confiança no seu potencial de conduzir a maioria das situações clínicas críticas, caso fossem o único clínico disponível no hospital. Esse estudo forneceu subsídios para recomendações ao comitê de currículo daquela universidade, de modo a incorporar a avaliação dos cuidados ao paciente crítico no currículo de graduação, implementado em 1996 (HARRISON et al., 1999).

Um artigo da *Saudi Medical Journal* também discute a inclusão da Terapia Intensiva no currículo da graduação médica na Arábia Saudita, objetivando aumentar a base do conhecimento, a qualidade dos cuidados ao paciente e a melhor integração das disciplinas básicas e clínicas. A UTI seria um local importante para o ensino e a integração de conhecimentos básicos com as habilidades para ressuscitação e condução de um paciente gravemente enfermo (QUTUB, 2000).

Estudos do ano corrente revelam que a Terapia Intensiva é ensinada na maioria das escolas médicas de língua inglesa, incluindo as dos Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Canadá, África do Sul, Zimbawe e Sudeste da Ásia; apenas em 4% destas escolas não há o respectivo ensino. Este estudo realizado por Judith Shen e colaboradores (2003) objetiva identificar um consenso de opinião, considerando o conteúdo do programa curricular em Terapia Intensiva para a graduação nessas escolas médicas e os fatores que limitavam este ensino. Para tal objetivo, foi enviado um questionário para as 210 escolas médicas de língua inglesa listadas pela Organização Mundial de Saúde em que se perguntava sobre a estrutura do curso médico e a estrutura e organização do ensino da Terapia Intensiva aos graduandos. As escolas que responderam ao questionário contabilizaram 58% das enviadas. Destas, a maioria considerou que o ensino da Terapia Intensiva na graduação é essencial, entretanto apenas em 31% delas este ensino é obrigatório.

Em relação aos tópicos abordados em seus respectivos programas, chamou a atenção aqueles relacionados à ressuscitação cardiorrespiratória, abordagem e conduta no paciente agudo grave, condutas em insuficiência respiratória, circulatória, falência orgânica múltipla, condutas no paciente inconsciente, pós-operatório imediato e habilidades para comunicação e ética nas questões relativas ao paciente terminal. Esses itens foram definidos como os apropriados para abordagem na graduação, visto que mais de 90% dos que responderam ao questionário pontuaram que esses tópicos deveriam fazer parte do programa curricular em Terapia Intensiva. O estudo demonstrou ainda que as habilidades para

Ressuscitação Cardiorrespiratória são ensinadas em 98% das escolas que responderam ao questionário, notando-se um claro consenso que estas habilidades, de fato, necessitam ser ensinadas. Este estudo verificou que a Terapia Intensiva está sendo gradualmente introduzida no currículo das escolas médicas e que os principais fatores que impediam um desenvolvimento adequado ao seu ensino para os alunos da graduação naqueles países eram o pouco tempo dos intensivistas às atividades de ensino, o trabalho excessivo e a carência de *staffs* e de recursos (SHEN et al., 2003).

No Brasil, a Terapia Intensiva faz parte do currículo de graduação de poucas escolas médicas. A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo foi, provavelmente, a primeira escola a introduzir a Terapia Intensiva como disciplina no currículo da graduação, em 1993. Atualmente, nesta escola médica, esta disciplina vem sendo ministrada em dois momentos: para os alunos do quarto ano do curso 40 horas eminentemente teóricas e, aos alunos no sexto ano, 180 horas eminentemente práticas (CHIAVONE, 2003).

Na Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Terapia Intensiva é uma das disciplinas optativas para os alunos do oitavo e nono períodos, com carga horária de 75 horas, divididas em 45 horas teóricas e 30 horas práticas (UFRJ, 2003).

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Terapia Intensiva está inclusa, de forma optativa, no internato em Clínica Médica (UFRGS, 2003).

Na Universidade Severino Sombra, em Vassouras no Rio de Janeiro, a Terapia Intensiva se apresenta como disciplina de 60 horas no nono período da graduação (USS, 2003).

Na Universidade Federal do Ceará haverá a respectiva disciplina no oitavo período da graduação, para os alunos que iniciaram o curso de medicina do primeiro semestre de 2002 em diante (COSTA, 2003).

A Universidade Federal do Maranhão incluiu, desde 2002, esta especialidade para os alunos do sexto ano de forma obrigatória, como parte do rodízio durante o internato em Clínica Médica (UFMA, 2003).

A discussão sobre a Terapia Intensiva na graduação médica do Brasil emerge nas escolas médicas e na Associação de Medicina Intensiva Brasileira, que interroga a posição da especialidade frente ao ensino médico, sugerindo pesquisa para a área (GOLDWASSER, 2003a; GOLDWASSER, 2003b).

É a partir do marco teórico conceitual apresentado desde a história do currículo até a pontuação do ensino da Terapia Intensiva no contexto mundial que são apresentados os dados de como está a Terapia Intensiva enquanto ambiente de ensino na Universidade Federal

do Maranhão, a percepção deste *locus* para alunos do curso de medicina e professores desta instituição e sua contribuição na formação profissional do futuro médico.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a Terapia Intensiva como um espaço de formação para o graduando em medicina pela Universidade Federal do Maranhão.

3.2 Objetivos específicos

Verificar a compreensão de professores e alunos sobre o ensino da Terapia Intensiva na graduação médica da Universidade Federal do Maranhão.

Identificar o modelo de ensino ao primeiro atendimento e encaminhamento do paciente grave no curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão.

Comparar percepções de vivência com o paciente crítico entre os alunos da Universidade Federal do Maranhão que participaram e não participaram do estágio em Terapia Intensiva.

4 METODOLOGIA

4.1 Da escolha aos pressupostos...

Para o presente estudo, ligado a questões educacionais e em especial à educação médica, optou-se pela abordagem metodológica qualitativa.

Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa em pesquisa se opõem ao pressuposto que defende um paradigma único de pesquisa para todas as ciências, baseado no modelo de estudo das ciências naturais, como as ciências exatas e biológicas. Esses pesquisadores recusam a legitimar seus conhecimentos por processos quantificáveis que venham a se transformar em leis e explicações gerais. Afirmam que as ciências sociais e humanas têm identidade própria, que pressupõe uma metodologia específica.

O modelo positivista do século XIX e XX defende que as ciências sociais devem ser estudadas tal como as ciências naturais. A pesquisa deve ser neutra e objetiva na busca de descobrir regularidades ou leis. O pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças estejam presentes na pesquisa. O cientista social deve se comportar, frente a seu objeto de estudo, livre de juízo de valor, tentando neutralizar a sua própria visão de mundo para conseguir desta forma a objetividade e deve entender que os fatos sociais têm entre si uma relação de causalidade, ou seja, a cada causa encontra-se um determinado efeito, invariável. O sujeito e objeto do conhecimento estão completamente separados.

As primeiras críticas a esse modelo derivariam exatamente da diferença do objeto entre as duas ciências. Nas ciências naturais os cientistas lidam com objetos externos passíveis de serem conhecidos de forma objetiva, enquanto as ciências sociais lidam com valores, emoções e subjetividade traduzidas na diferença entre os objetivos e método da pesquisa. As ciências sociais devem se preocupar com a compreensão de casos particulares, e não com a formulação de leis generalizantes como as ciências naturais.

Nessa perspectiva, oposta à visão da objetividade quantificadora positivista e da separação radical entre sujeito e objeto da pesquisa, os cientistas sociais buscam compreender valores, crenças, motivações e sentimentos humanos que só podem ocorrer se a ação é colocada num contexto de significação.

Essa discussão filosófica mais ampla sobre as diferenças entre as ciências sociais e naturais contextualiza o surgimento e o desenvolvimento de técnicas e métodos qualitativos de pesquisa social (GOLDENBERG, 1997).

Grande parte dos problemas teórico-metodológicos da pesquisa qualitativa é decorrente da tentativa de se ter como referência o modelo positivista das ciências físico-naturais e biológicas, não se levando em consideração a especificidade do objeto de estudo das ciências sociais. Os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observação comparável entre si e os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser.

Ao se buscar a objetividade própria das ciências naturais, há uma descaracterização da essência dos fenômenos e dos processos sociais, marcada pela subjetividade.

O positivismo perdeu importância na pesquisa das ciências sociais especialmente nos cursos de pós-graduação das universidades, porque a prática da investigação se transformou numa atividade mecânica. A quantificação privilegiou o emprego da estatística às vezes com técnicas muito sofisticadas, amarrando o pesquisador aos dados, na tentativa de estabelecer “relações estatisticamente significativas” entre os fenômenos. Desta maneira, a análise das realidades terminavam precisamente no ponto onde deveriam começar (TRIVIÑOS, 1995).

Hoje, a questão do homem enquanto ator social ganha mais estrutura e emergem as ciências sociais que se preocupam com os significados, na ênfase coerente com o tempo atual em que se fortifica a introspecção do homem, a observação de si mesmo e que ressaltam questões antes passadas despercebidas. O método quantitativo passa a ser visto como um dos elementos para a compreensão do todo, e não o único elemento. Um exemplo desta diferença metodológica que ressalva o complemento entre ambos os métodos seriam os *surveys*. Estes, ao trazerem os sujeitos para o laboratório do pesquisador mantendo uma relação totalmente estruturada, funcionam “como um excelente esqueleto, ao qual faltam carne e sangue” (MALINOWSKI apud MINAYO, 1998).

Principalmente a partir da década de setenta no século passado, outras orientações filosóficas nortearam as pesquisas sociais e humanas, em especial a fenomenologia e a dialética.

A fenomenologia considera que a imersão no cotidiano e a familiaridade com as coisas que podem ser tocadas escondem os fenômenos, sendo necessário ir além das manifestações imediatas para captá-los e desvelar o sentido oculto destas impressões. Passa-se

então a investigar o sentido que os atores sociais dão aos objetos, pessoas e símbolos com os quais constroem seu mundo social. As idéias básicas da fenomenologia estão na intencionalidade e os fenomenólogos trabalham com a vivência, a experiência e com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada.

A dialética, por sua vez, considera que existe uma relação dinâmica e contraditória entre sujeito e objeto e entre o todo e as partes no processo do conhecimento e na ação social dos homens. Desta forma, considera que o fenômeno ou processo social deve ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos em constante movimento. As idéias básicas da dialética estão na totalidade, no movimento, no conflito e na contradição como algo permanente que explica a transformação dos fenômenos sociais.

Na pesquisa social como um todo, há uma concreta identidade entre o sujeito e o objeto: seres humanos investigando seres humanos que têm em comum aspectos culturais, de classe, gênero ou outro motivo, tornando-os solidariamente comprometidos. A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais está implicada em todo o processo do conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. Esse objeto de pesquisa é histórico, o que significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social é específica e vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, o que gera provisoriedade e dinamismo nas questões sociais. O objeto de estudo, bem como o pesquisador possuem consciência histórica, o que dá significado e intencionalidade às suas ações e construções. O objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo; a realidade social é o dinamismo da vida individual e coletiva com seus muitos significados (MINAYO, 2000).

A investigação social deve contemplar a característica do objeto em seu aspecto qualitativo: o fato de ser gente, pertencente a um determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados, o que o caracteriza como contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO, 1998).

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Enquanto a abordagem quantitativa trabalha com o que é visível, morfológico e concreto; o estudo qualitativo trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que ocorre a um espaço mais profundo das relações e não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2000). As abordagens quantitativas e qualitativas são, portanto, complementares, por serem diferentes em sua natureza, ao se entender a interdependência e a inseparabilidade entre o que é quantificável e a vivência da realidade do cotidiano (MINAYO, 1998).

Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos.

Com base no referencial metodológico exposto, optou-se pela metodologia qualitativa, na tentativa de ser um estudo mais condizente com o objeto escolhido e que possibilite abraçar os objetivos da pesquisa.

Dentre os tipos de estudo da pesquisa qualitativa, o escolhido para o objeto em questão foi o estudo de caso. Essa é uma categoria de pesquisa descritiva, cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Essa pesquisa tem o objetivo de aprofundar a descrição de determinada realidade e os resultados obtidos são válidos só para o caso específico que se está estudando, sem generalizações, mas podendo permitir a formulação de hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas (TRIVIÑOS, 1995).

Após a revisão da literatura acerca do objeto da pesquisa e escolha metodológica, o presente estudo adota alguns pressupostos, que serão posteriormente confrontados após a realização da fase de trabalho de campo, análise e discussão dos resultados.

Cumprе ressaltar que, na pesquisa qualitativa, o termo “pressuposto” se faz mais coerente do que “hipótese”. Os pesquisadores, embora aceitem o conceito de hipótese, o reinterpretam e o problematizam, alegando a conotação positivista que tal palavra traz consigo: uma hipótese científica crê na possibilidade do conhecimento objetivo da realidade nas provas estatístico-matemáticas como comprobatórias da realidade (MINAYO, 1998).

O próprio movimento do trabalho qualitativo faz com que, ao entrar no campo, o investigador coloque interrogações que vão sendo discutidas durante este processo, dando ênfase a determinados aspectos e eliminando outros, reformulando seus questionamentos.

Esse estudo apresenta como pressupostos:

“A Terapia Intensiva é uma especialidade médica que auxilia a formação do médico generalista”.

“O aluno do curso de medicina que participa de estágio em Terapia Intensiva amplia sua visão da totalidade do indivíduo enfermo”.

4.2 O pesquisador enquanto parte da pesquisa

Considerando que, nos estudos qualitativos, o pesquisador é o principal instrumento de investigação, alguns autores recomendam que, no início do capítulo relacionado à metodologia, se forneçam informações sobre suas experiências relativas ao

assunto em questão, ao contexto ou aos sujeitos. A recomendação é justificada pelo suposto de que tanto a formação intelectual do pesquisador, quanto suas experiências pessoais e profissionais, relacionadas ao contexto e aos sujeitos, introduzem vieses na interpretação dos fenômenos observados e nesse caso devem ser explicitados ao leitor. O fato da pesquisa ser realizada em instituições com as quais o pesquisador tem familiaridade e exerce outros papéis e suas possíveis implicações, também devem ser discutidas (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

A pesquisadora desta dissertação é médica, formada pela Fundação Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO) em 1991. Em 1989, no quarto ano do curso de graduação em medicina, iniciamos estágio de natureza extracurricular na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Ordem Terceira da Penitência, um hospital particular no Rio de Janeiro, cuja UTI havia sido arrendada por professores da universidade. Com o andamento do estágio, percebemos, já naquela época que a vivência no ambiente da Terapia Intensiva traria muitas experiências interessantes para a nossa formação, tanto do ponto de vista técnico como humano, o que gerou alguns questionamentos: por que a experiência tinha de ser extracurricular? Por que a Terapia Intensiva era exclusiva do currículo médico? De que forma aquele aprendizado na UTI contribuía para a nossa formação?

Julgávamos que o contato com pacientes de tão diversas patologias, com sistemas fisiológicos comprometidos ao mesmo tempo, selavam a realidade de que estes sistemas são indissociáveis; uma verdadeira aventura interdisciplinar ao vivo. Além disso, o aumento da resolubilidade e das reflexões sobre o ser humano se faziam muito presentes em situações críticas. Perguntava-nos se não seriam esses alguns dos pontos-chave na formação de qualquer médico.

Após a graduação, continuamos trabalhando em UTIs no Estado do Rio de Janeiro, enquanto cursávamos a residência médica em Clínica Médica e posteriormente Pneumologia.

Em 1994, um concurso da Universidade Federal do Maranhão para médico disponibilizou vagas para a Terapia Intensiva. A aprovação neste concurso favoreceu-nos o convívio com os residentes da clínica médica e da clínica cirúrgica da UFMA, desta vez como médica da rotina da UTI do Hospital Universitário. Continuávamos com a impressão de que aquele convívio e aprendizado na UTI deveria ser disponibilizado também para o graduando, uma vez que percebíamos dificuldades do residente do primeiro ano na abordagem ao paciente grave em diversos níveis. Novamente aqueles questionamentos existentes desde a nossa graduação voltaram à tona.

Em 2001, na época da inscrição para o Mestrado em Ciências da Saúde da UFMA, nosso anteprojeto de pesquisa já contemplava esse tema, ainda que de forma esboçada. Concomitantemente com o início do mestrado, a UFMA disponibilizou para os graduandos do último ano do curso de medicina 60 horas de estágio de natureza curricular, a fim de proporcionar aos futuros médicos mais um local para o contato com emergência e pacientes graves.

Com essa inclusão, o campo para pesquisa estava aberto, poderia se analisar tanto os alunos antes do estágio, quanto os que já haviam passado pelo estágio, bem como os professores sob vários aspectos. A escolha do enfoque a ser seguido foi construído com leitura, discussão e sugestão dos colegas e professores do Mestrado em Educação e do Mestrado em Ciências da Saúde.

Cumpramos ressaltar que a pesquisadora não participou em momento algum do estágio rotatório na UTI em nenhum nível, desde o planejamento até orientação do dia-a-dia junto aos alunos, o que garantiu ausência de viés relacionado à abordagem direcionada para as perguntas da pesquisa. A pesquisadora desconhecia, inclusive, todos os alunos entrevistados.

Enfim, o tema e o recorte definidos. A revisão bibliográfica realizada para o anteprojeto estava aumentando com novas consultas. A questão agora era a metodologia que permitisse responder à questão inicial: Em que medida a Terapia Intensiva contribui para a formação do graduando pela UFMA?

Mas essa história já foi apresentada no capítulo anterior...

4.3 Conhecendo o cenário e os sujeitos do estudo

O curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão foi utilizado como campo de pesquisa deste estudo e um referencial sobre sua estrutura curricular já foi mencionado. O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) foi utilizado como local da coleta dos dados.

A UFMA possui um Hospital Universitário com duas unidades: o Hospital Materno Infantil e o Hospital Presidente Dutra, onde se encontram a Unidade de Terapia Intensiva, incluindo a UTI geral e a UTI cardiológica. Outrora pertencentes ao extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, hoje esses hospitais são integrados da rede de ensino do Ministério da Educação desde 1991, quando passaram a ser os hospitais-escola desta universidade (UFMA, 1991). Hoje o HUUFMA é responsável por

cerca de 90% dos atendimentos de alta complexidade do Estado do Maranhão e é considerado hospital estratégico do SUS.

Como já ressaltado, em 2002 os alunos do último ano do curso de medicina iniciaram estágio rotatório de 60 horas na UTI geral quando na época do internato de clínica médica, supervisionados pelo *staff* do local. Cada grupo de 3 ou 4 alunos fez rodízio das 13 às 19h por duas semanas consecutivas na UTI. A primeira turma que participou desse estágio (turma n.65 do curso de medicina) foi utilizada para testar o instrumento da coleta de dados, verificar a compreensão das perguntas a serem abordadas na entrevista e depois excluídas do estudo. A segunda turma a participar deste estágio (turma n.66 do curso de medicina) foi utilizada como população de estudo no grupo “aluno”. Os alunos, após o término do estágio na UTI, foram subdivididos no grupo “aluno após estágio na UTI” e os que ainda aguardavam seu momento de rodízio como “aluno antes do estágio na UTI”.

Os docentes envolvidos com o estágio médico nas quatro áreas básicas foram utilizados como população de estudo no grupo “professor”.

4.4 Entrando em campo: a coleta dos dados

Para a realização deste estudo de caso, utilizou-se como instrumento de pesquisa a entrevista semi-estruturada, um modelo de “conversa com finalidade”, com questões em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. As entrevistas semi-estruturadas foram orientadas por um roteiro de base que garantiu a obtenção de dados relevantes para cumprir os objetivos propostos pelo estudo, sem restringir as respostas dos entrevistados, favorecendo o levantamento de questões não necessariamente previstas ou esperadas, o que possibilitou aos alunos e professores maior liberdade na elaboração de suas respostas (APÊNDICES A, B, C).

Desta forma, o roteiro de base construído para o objeto “Terapia Intensiva na graduação médica” foi elaborado de modo que contemplasse 3 módulos ou núcleos temáticos: interesse/utilidade da Terapia Intensiva na graduação médica, ensino do atendimento ao paciente grave e percepções da vivência com o paciente grave .

Após os dados de identificação como idade, sexo e tempo de docência, no caso dos professores e período, no caso dos alunos, seguiu-se o roteiro de entrevista. As questões apresentadas aos três grupos de entrevistados alunos eram em sua essência as mesmas, com algumas modificações.

Para o núcleo temático “interesse/utilidade da Terapia Intensiva na graduação médica”, o roteiro de base estabelecia para os alunos as perguntas: quais os seus planos depois da graduação? O que você acha da inclusão da UTI como local de estágio para o aluno do sexto ano? Você acha que houve algo abordado no estágio da Terapia Intensiva que servirá na sua vida profissional? Para os alunos que já haviam concluído o estágio na UTI, as perguntas foram realizadas utilizando o tempo verbal no passado (houve algo...?) e, para os que ainda aguardavam o rodízio pela UTI, o tempo verbal no futuro (haverá algo...?). Os professores foram questionados se eles achavam que existia algo no estágio em Terapia Intensiva que servia para a formação do médico generalista (APÊNDICES A, B, C).

Para o segundo núcleo temático “ensino do atendimento ao paciente grave”, foi elaborado um roteiro para os alunos que de início lhes permitisse discorrer livremente sobre o que é um paciente com indicação de UTI e as prioridades no seu atendimento antes de encaminhá-los. Em seguida os alunos foram convidados a discorrer de que forma essas questões foram trabalhadas na graduação médica. Os professores tiveram as duas últimas perguntas reunidas em um questionamento único: como são abordadas na graduação as questões do primeiro atendimento e do encaminhamento do paciente grave (APÊNDICES A, B,C).

O último núcleo temático “percepções da vivência com o paciente grave”, o roteiro estabelecido traçou o questionamento “descrição de um dia em que você presenciou o atendimento de um paciente grave que tenha sido marcante para você”. No grupo que ainda não tinha participado do estágio na UTI, o foco da unidade em questão precisou ser excluído, o que deixou o entrevistado livre para discorrer sobre a vivência com o paciente crítico no local de sua preferência onde o atendimento foi presenciado. No grupo dos alunos após o estágio na UTI, o direcionamento foi “descrição de um dia do seu estágio na UTI que tenha sido marcante para você”. Ao final da descrição, todos os alunos foram convidados a refletir e a relatar por que foi especificamente aquele o dia escolhido (APÊNDICES A, B). Foram excluídas as questões relacionadas à vivência do estágio na UTI para o grupo dos professores, uma vez que estes entrevistados não trabalham diretamente com o estudante nesta unidade (APÊNDICE C).

Inicialmente, após informação verbal sobre os propósitos e objetivos da pesquisa, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a participação e a divulgação do conteúdo de sua entrevista para finalidade científica (APÊNDICE D). Para os alunos houve necessidade também de apresentação pessoal, o que não ocorreu com os professores, uma vez que estes conheciam a pesquisadora no âmbito

profissional. Cumpre ressaltar que o início do trabalho de campo só ocorreu após aprovação do projeto na Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (ANEXO C) e do consentimento da direção do hospital (ANEXO D).

O primeiro grupo a ser entrevistado foi o grupo dos alunos tanto os antes como, os após estágio na UTI e posteriormente o dos professores, pelo fato de o delineamento prévio orientar que os alunos seriam entrevistados antes de se graduarem, portanto havia menor tempo para concluir essa primeira parte do estudo.

No primeiro ciclo de entrevistas, foram entrevistados 18 alunos do décimo primeiro período do curso de medicina, 11 dos quais já haviam passado no estágio da UTI e 07 que ainda aguardavam o rodízio na UTI. Destes alunos, 10 eram do sexo feminino e 08 do sexo masculino, com idade entre 22 a 26 anos. Não houve critério estabelecido para a escolha dos entrevistados, a seleção destes se deu ao acaso após recebimento da relação de todos os alunos da turma com seus respectivos rodízios pelo estágio médico (UFMA.CCBS. MEDICINA III, 2003).

Todas as dezoito entrevistas foram gravadas em fita K-7 em uma sala reservada dentro do hospital ou em uma sala de aula desocupada entre janeiro e fevereiro de 2003.

As entrevistas com os alunos transcorreram sem problemas relevantes, duraram cerca de quinze minutos cada. A entrevistadora fez as perguntas estipuladas pelo roteiro, mantendo-se com postura séria e atenta, com o mínimo de expressão facial possível. Os questionamentos feitos durante a entrevista pelos entrevistados acerca do que estavam falando, eram respondidos imediatamente pelos próprios entrevistados, sem interferência verbal da entrevistadora. Quando ocorreu alguma questão que a entrevistadora julgou que deveria ser melhor explorada, o entrevistado foi convidado a repensar e a discorrer mais a respeito do assunto, com a frase “fale mais sobre isso”. O final de cada resposta, independentemente de qual fosse, era assinalada com uma frase curta de expressão positiva, “certo” ou “ok”. Todos esses cuidados foram tomados para que as entrevistas contivessem o caráter mais próximo possível da verdade para cada um dos entrevistados.

Após a realização de cada uma das entrevistas, as mesmas foram transcritas *ipsis litteris*, tendo sido anotado o conteúdo verbalizado e o não verbalizado da gravação, como as pausas, risos, choros, entre outros integrantes do contexto daquele momento.

Como não houve diferenças expressivas nas respostas dos alunos em relação a gênero, idade e planos profissionais, os dois grupos estabelecidos foram “aluno antes do estágio na UTI” e “aluno após estágio na UTI”. As respostas e a classificação foram colocadas no masculino, como mais uma forma de evitar a identificação do entrevistado.

Num segundo ciclo de entrevistas, foram entrevistados quatorze professores do curso de medicina envolvidos com o estágio nas quatro áreas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e ginecologia-obstetrícia. Destes professores, 08 eram do sexo masculino e 06 do sexo feminino, com idade entre 31 e 60 anos e tempo de docência entre 2 e 32 anos. A escolha dos entrevistados não seguiu o critério pré-definido além do estarem envolvidos com o estágio médico. Foram entrevistados aqueles professores que eram encontrados ao acaso.

Todas as quatorze entrevistas foram gravadas em fita K-7 em uma sala reservada dentro do hospital, numa sala de aula desocupada ou em outro local de trabalho a critério do entrevistado, entre março e abril de 2003.

As entrevistas com os professores transcorreram sem problemas relevantes, duraram cerca de dez minutos cada. De igual forma, a entrevistadora fez as perguntas estipuladas pelo roteiro, mantendo-se com a mesma postura relatada na entrevista com os alunos, visando mais uma vez que as respostas contivessem o caráter mais próximo possível da verdade para cada um dos entrevistados.

Após realização de cada uma das entrevistas, as mesmas foram transcritas *ipsis litteris*, tendo sido anotado o conteúdo verbalizado e o não verbalizado da gravação, como as pausas, risos, sons externos, entre outros integrantes do contexto daquele momento.

Como não houve diferenças expressivas nas respostas deste grupo relacionadas à especialidade médica do professor, gênero, tempo de docência; todos foram incluídos no grupo “professor”, mais uma vez empregado no masculino para dificultar a identificação.

Faz-se indispensável comentários sobre os critérios de seleção da amostra da metodologia qualitativa. A pesquisa qualitativa preocupa-se menos com a generalização, ela visa aprofundar a compreensão da complexidade dos fenômenos de um determinado grupo social, sem basear-se no critério numérico para garantir sua representatividade como nas pesquisas de cunho quantitativo. Uma boa amostragem é a que possibilite abranger várias dimensões de um problema investigado. Portanto, a amostragem qualitativa: privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer, considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência de informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta e que habitualmente desaparecem quando abordados de forma estatística. A pesquisa qualitativa entende que na sua homogeneidade fundamental, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças (MINAYO, 2000). Desta forma, o número de entrevistas não havia sido definido previamente.

Após a certeza de que vários aspectos foram avaliados pela inclusão dos principais atores sociais envolvidos (alunos e professores) e a verificação das respostas reincidentes, a amostra deste estudo, então, foi definida durante o processo da coleta de dados.

4.5 Pré-análise: a organização do material

Para o início da fase de análise, os dados foram tratados pela análise de conteúdo. Segundo Minayo (1998), esse esforço teórico visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação. Em termos operacionais, a análise de conteúdo parte de uma leitura em primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado que ultrapasse os significados manifestos. Para tal, esta análise relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados).

Dentre as técnicas descritas para a análise de conteúdo, optou-se por trabalhar com a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto visado.

Desta forma, na tentativa de estabelecer uma compreensão do que foi coletado nas entrevistas, de responder aos questionamentos iniciais da pesquisa e contextualizá-los com base no referencial teórico adotado, procurou-se uma melhor organização do material coletado. Estabeleceu-se, assim, uma pré-análise na busca de atingir os significados manifestos e latentes presentes no material da pesquisa de campo, só possível após uma melhor organização dos dados.

Na pré-análise, o passo inicial foi o de leitura minuciosa e exaustiva de cada entrevista. Em seguida, os dados importantes para a pesquisa que deveriam ser ressaltados foram grifados e descritos em palavras-chave, que expressassem um significado geral e amplo do que estava sendo analisado.

Como já citado anteriormente, os 3 grupos de entrevistados foram: “aluno antes do estágio na UTI”, “aluno após estágio na UTI” e “professor”. Os sujeitos foram também identificados por número, após assinalado o grupo a que pertenciam.

Dando continuidade ao tratamento do material coletado, agora já interpretado com palavras-chave, elaborou-se 3 *corpus* de análise: 1 para o grupo “aluno antes do estágio na UTI”, 1 para “aluno após estágio na UTI” e 1 para “professor”. Isso permitiu que as falas

fossem melhor visualizadas para que se descobrissem núcleos de sentido presentes nesta comunicação, a fim de agrupá-los por afinidade.

Esse período exploratório do material permitiu a construção de categorias empíricas de análise. A palavra “categoria” está ligada à idéia de classe ou série e é utilizada para se estabelecer classificações. Este termo se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns que se relacionam entre si. Nesse sentido, trabalhar com categorias significa “agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso” (GOMES, 2000, p.71).

Cumprido ressaltar que as categorias gerais já haviam sido definidas antes da entrada em campo, são conceitos gerais e abstratos que fizeram parte da fundamentação teórica deste trabalho. As categorias gerais desta dissertação foram: Ensino Médico e Terapia Intensiva.

As categorias empíricas de análise são mais concretas e emergiram a partir da coleta dos dados para possibilitar a interpretação e discussão do que foi encontrado à luz do referencial adotado.

As categorias empíricas de análise emergiram das falas dos sujeitos em cada núcleo temático estabelecido no roteiro de entrevista.

Para o núcleo temático interesse/utilidade da Terapia Intensiva na graduação médica, a categoria empírica que emergiu nos 3 grupos de entrevistados foi: “Descobrir interesses: diversas razões sob múltiplos olhares”.

Para o núcleo temático ensino do atendimento ao paciente grave, as categorias empíricas que surgiram nos 3 grupos foram: “Interpretando a abordagem ao paciente grave: um conflito de opiniões” e “A prática médica e a interdisciplinaridade: tecendo o profissional”.

Para o núcleo temático percepções da vivência com o paciente grave, a categoria que se fez presente, quando comparado o grupo de alunos antes e depois do estágio na UTI, foi: “Antes e depois da UTI: confrontando experiências”.

Em cada explanação das categorias empíricas, considerou-se as falas dos entrevistados que fossem mais expressivas da idéia a ser discutida. Quando se objetivou a comparação entre grupos de entrevistados, as falas foram colocadas em seqüência.

Em seguida, deu-se continuidade ao processo de análise do material da pesquisa, confrontando marco teórico e o empírico deste trabalho.

O processo metodológico até a fase de entrevistas está abaixo (FIGURA 1).

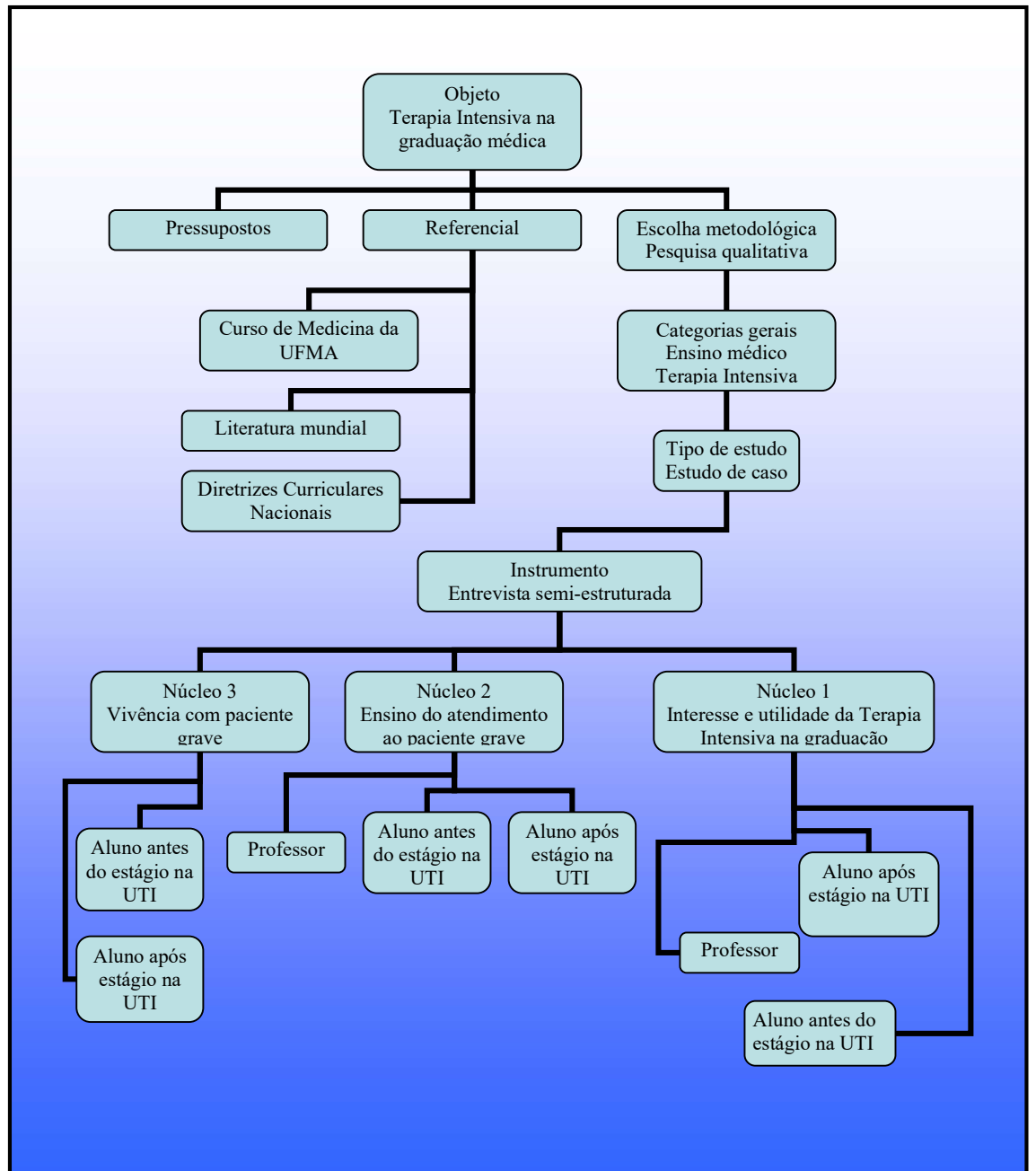


FIGURA 1 – Processo metodológico até a fase de entrevistas

A construção das categorias empíricas de cada núcleo a partir das falas dos sujeitos está nas figuras subseqüentes (FIGURAS 2, 3, 4).

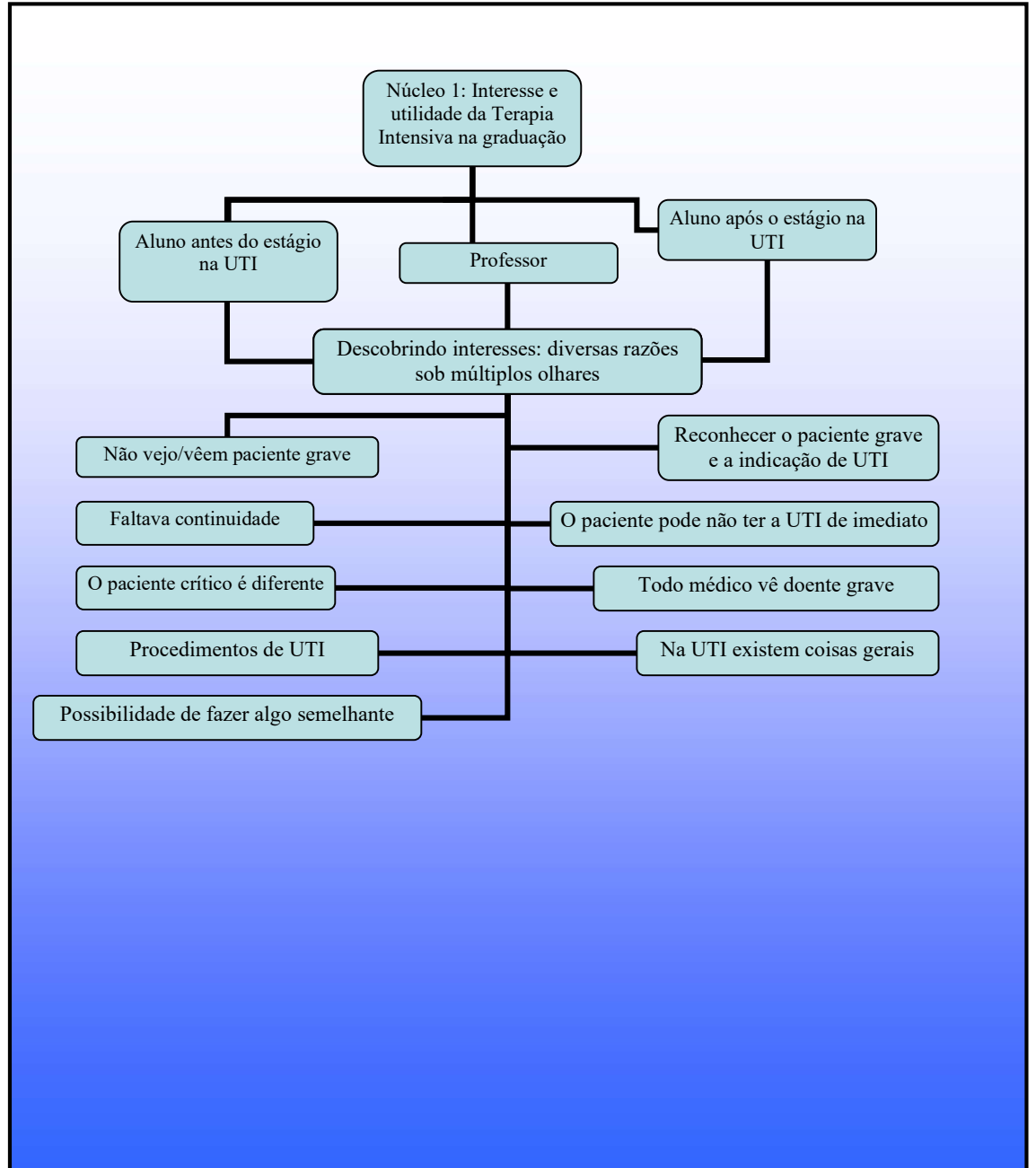


FIGURA 2 – Construção da categoria empírica do núcleo temático 1

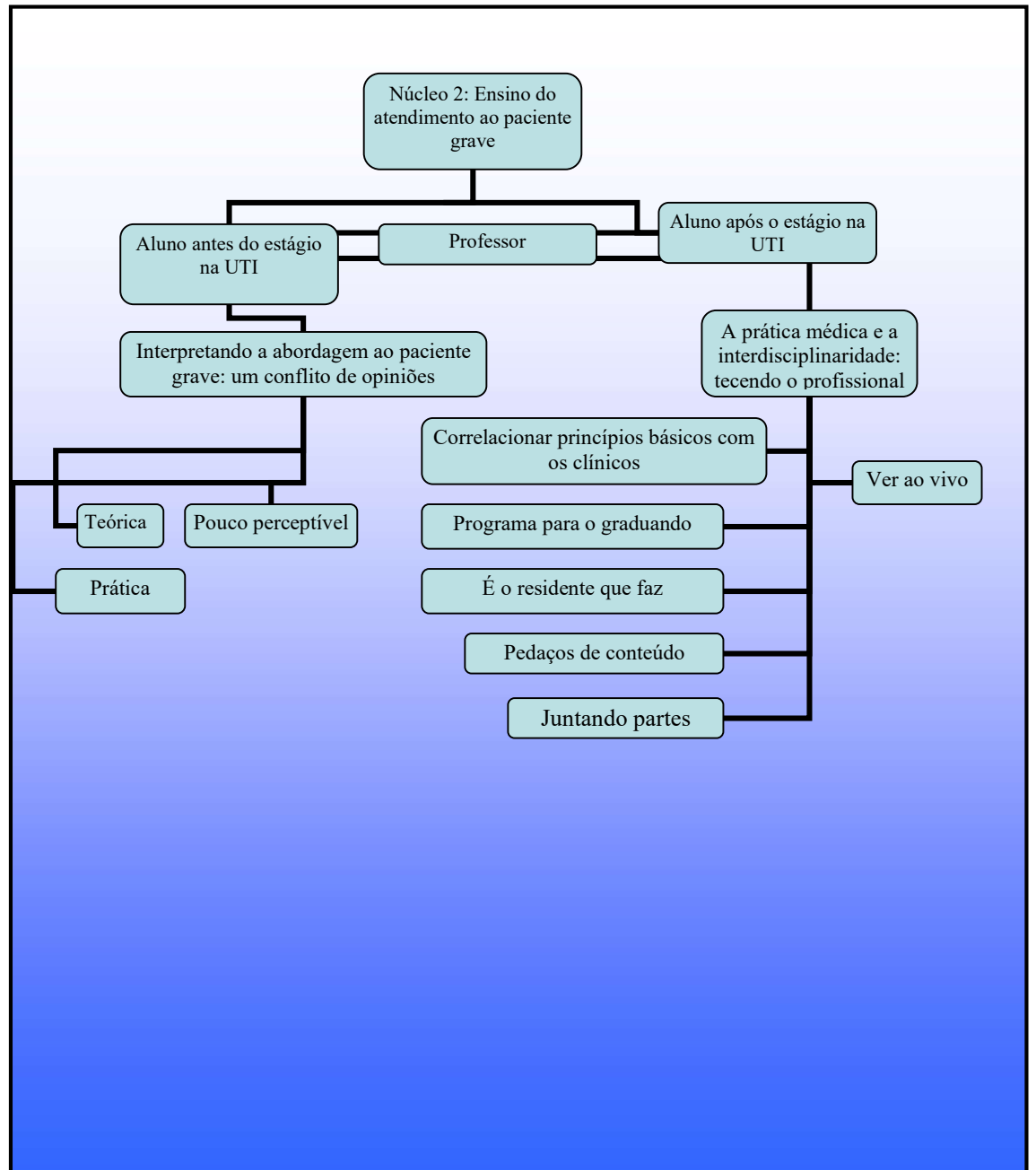


FIGURA 3 – Construção das categorias empíricas do núcleo temático 2

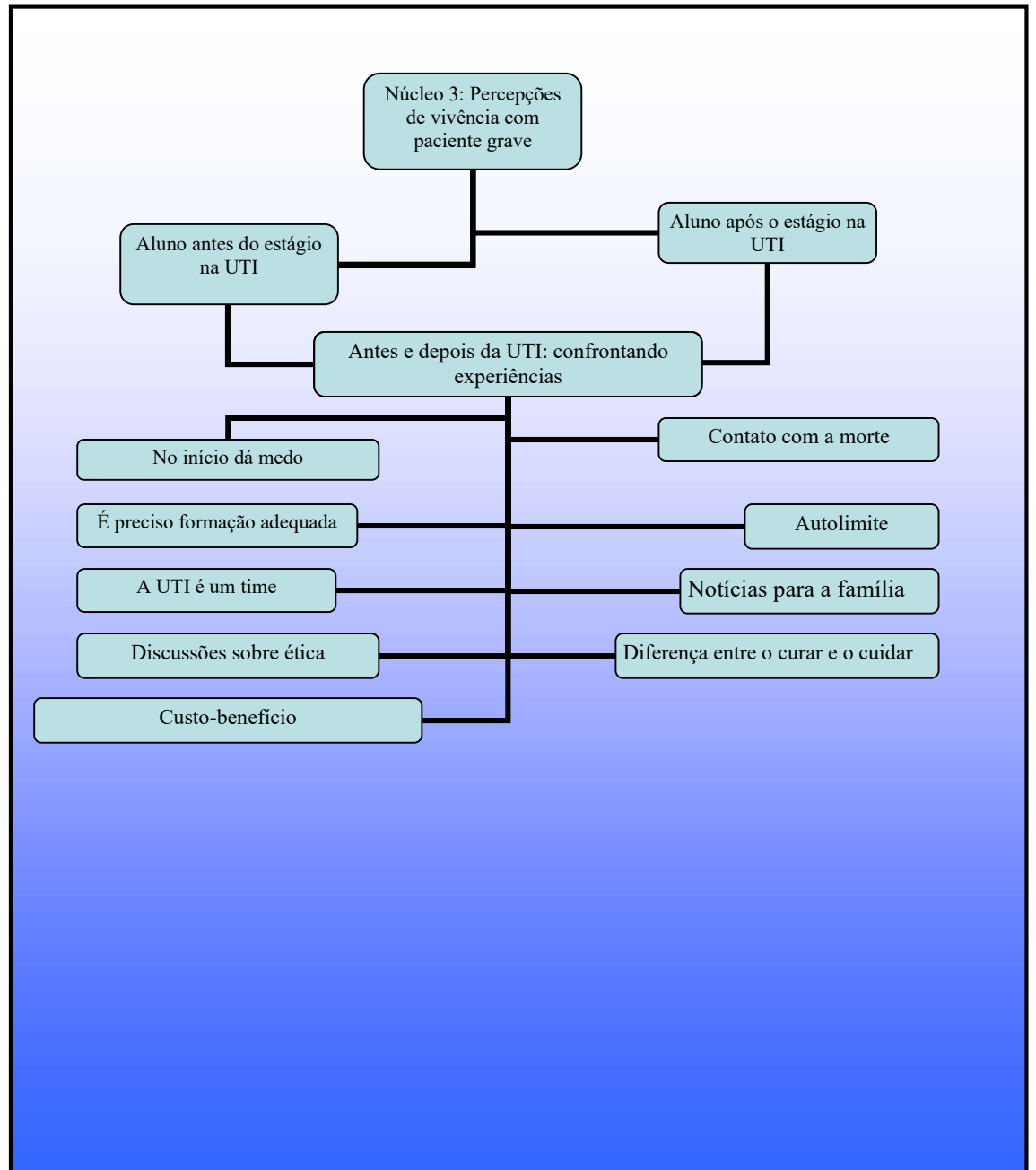


FIGURA 4 – Construção da categoria empírica do núcleo temático 3

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Interesse/Utilidade da Terapia Intensiva na Graduação Médica

Como já anunciado nas questões metodológicas, para esse primeiro núcleo temático, os alunos e professores foram convidados a posicionar-se sobre a inclusão da Terapia Intensiva no estágio médico e de que forma percebiam essa utilidade para a formação do médico (APÊNDICES A, B, C).

No decorrer dos quatro meses de entrevistas a alunos do sexto ano e professores do curso de medicina da UFMA envolvidos no estágio médico, observou-se unanimidade nas respostas afirmativas, considerando válida a inclusão da abordagem da Terapia Intensiva na graduação médica da UFMA. A possibilidade de viés decorrente da especialidade do entrevistador (médica intensivista) com atuação dentro do Hospital Universitário foi levantada. Contudo, é importante ressaltar que as preocupações que nortearam a elaboração do instrumento de pesquisa, a começar por não transparecer uma postura crítica em relação ao entrevistado, o que o deixaria em atitude defensiva e de pouca contribuição para o estudo, foram encaradas com rigor. Outra questão relevante em relação ao ambiente da pesquisa foi a tentativa de favorecer oportunidade de reflexão sobre o ensino médico de uma forma geral e da Terapia Intensiva em particular, de maneira natural, com extremo controle para que os questionamentos e posicionamentos pessoais do entrevistador não comprometessem as respostas do entrevistado. Além disso, a clareza das respostas e a ausência de contradição no conteúdo verbalizado e na postura dos entrevistados fizeram-nos considerar como improvável tal interpretação.

Uma outra indagação acerca desta unanimidade sobre a abordagem da Terapia Intensiva para a graduação médica desta universidade estaria relacionada às razões para que a referida abordagem ocorra em poucas universidades brasileiras a este nível de ensino. Esta expressiva aprovação seria específica da universidade em questão, e não de outras universidades do Brasil? O atual sistema de saúde, voltado preferencialmente ao atendimento primário e secundário, estaria contribuindo para que a Terapia Intensiva estivesse pouco presente no currículo oficial das universidades? As próprias Diretrizes Curriculares definem que a formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos para o exercício de competências e habilidades específicas para atuação nos diferentes níveis de

atendimento em diferentes níveis de atenção na perspectiva da integralidade da assistência, ressaltando ênfase nos atendimentos primário e secundário (BRASIL.MEC.CNE, 2001).

Entretanto, trabalhos sobre a procura por estágio extracurricular em outras universidades brasileiras pelos alunos do curso de medicina é grande, principalmente em emergência e Terapia Intensiva (YAMANO, 2001; TARQUETTE, 2002). As principais razões da procura por estágios extracurriculares são conhecidas: a busca é por prática, de lidar com mais frequência com o que acreditam que irão encontrar em seu dia-a-dia após se graduarem; a chamada experiência clínica, de valor fundamental na prática médica (REGO, 1994).

Durante a leitura e classificação dos dados deste trabalho, a categoria empírica que emergiu nesse núcleo temático específico nos 3 grupos de entrevistados foi: “Descobrimo interesses: diversas razões sob múltiplos olhares”.

5.1.1 Descobrimo interesses: diversas razões sob múltiplos olhares

O estágio curricular em Terapia Intensiva é recente na Universidade Federal do Maranhão. A oportunidade de acompanhar um paciente grave foi relatada no tópico “foi positivo” por alunos e professores nos 3 grupos de entrevistados:

Eu acho muito proveitoso pra gente passar agora lá porque a gente vai ter oportunidade de ver realmente a evolução desses pacientes graves, né, como ah, como conduzir esses pacientes. (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-6)

Achei legal (...) mais contato com paciente grave... (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-4)

Eu acho boa a idéia de incluir o estudante, (...) conhecer o manuseio do paciente crítico, ter uma noção de como ele vai entender monitorizar esse paciente crítico e por fim poder saber o resultado de um trabalho do profissional da Terapia Intensiva. (PROFESSOR-6)

A oportunidade considerada válida em conhecer o manuseio do paciente crítico, seus problemas e peculiaridades já havia sido descrita inclusive com estágios de menor extensão. Um trabalho no *Johns Hopkings University School* relatou a experiência com alunos em um minicurso, incluído na disciplina de cirurgia, sobre os cuidados com o paciente crítico.

Este estudo revelou que 98% dos alunos o consideraram o minicurso proveitoso e que consideravam essenciais os tópicos nele apresentados (BUCHMAN et al., 1992).

Neste estudo na UFMA, os alunos e professores também se demonstraram estimulados para o contato mais próximo com o paciente grave e suas particularidades.

Dos princípios básicos da aprendizagem, o princípio da motivação é entendido a partir da premissa de que uma atividade é mais facilmente aprendida quando motivada pelo interesse, tornando-se um primeiro e importante passo da esfera educacional. A motivação pode ser representada de duas formas: intrínseca e extrínseca. A motivação intrínseca é a tendência à atividade que se inicia quando a tensão é satisfeita pelo domínio da própria tarefa de aprendizagem; o próprio material (tema) aprendido forma a recompensa. Já a motivação extrínseca é quando o sujeito executa uma tarefa de aprendizagem por razões que são alheias à própria tarefa, o objeto que desperte apenas a motivação extrínseca prevê-se que terá um grau de retenção, compreensão e transferência em um grau muito menor. O clássico exemplo deste último tipo de motivação são as provas de caráter que não os de diagnóstico, colocando os estudantes motivados a aprender o conteúdo não para seus próprios esclarecimentos, mas apenas com objetivo da aprovação no exame (GONÇALVES, 1996).

Para os alunos, a idéia de que terão maior propriedade ao identificar e conduzir um paciente grave é uma motivação; concretizar a idéia torna-se recompensador.

Um outro ponto que despertou o interesse dos alunos dizia respeito à falta de contato com o paciente grave no decorrer do curso médico. O tópico “eu não vejo paciente grave” foi apontado por vários alunos entrevistados e “eles não vêem paciente grave” por alguns professores:

Eu acho que ela realmente é muito útil pra gente, que a gente aprende a trabalhar com paciente grave que é uma coisa que a gente não vê no decorrer do curso, a gente não tem nem um pronto socorro assim como carga obrigatória, né. (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-2)

Ah, é ótima, primeiro para ter contato, já que a gente não tem no curso contato, a maioria, né, contato com paciente de...crítico, de alto risco de morbidade, mortalidade, que a gente praticamente não tem esse acesso. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-3)

Porque ele passa a vivenciar uma prática que até então pra ele era desconhecida. O quê? Doentes graves (...) (PROFESSOR-5)

Chamou a atenção, no relato do aluno, a falta de obrigatoriedade do atendimento no Pronto Socorro, uma vez que as competências e habilidades específicas para a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos tanto para o atendimento ambulatorial, como inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico fazem parte das Diretrizes Curriculares (BRASIL.MEC.CNE, 2001). De fato, como relatado pelo aluno, a análise da estrutura curricular da UFMA não contempla uma disciplina específica para emergência (UFMA, 2002). Essas noções estariam sendo abordadas de que forma e em qual (is) local (is)? O núcleo temático – ensino do atendimento ao paciente grave - fez parte deste estudo e será apresentado como um capítulo à parte.

O que também chamou a atenção sobre o relato da falta de contato com o paciente grave é o fato do HUUFMA ser um hospital estratégico do Sistema Único de Saúde e hospital de referência para a alta complexidade no Estado do Maranhão. A UTI do hospital está praticamente 100% ocupada diariamente e pedidos de parecer para que o intensivista avalie pacientes na enfermaria também fazem parte do dia-a-dia do médico do setor. Um questionamento que se faz pertinente é: uma vez que os pacientes graves existem no hospital, por que vários alunos relatam interesse pela Terapia Intensiva por falta de contato com paciente grave? Onde estariam os alunos? O presente estudo não contemplava como objetivo essa questão em especial, nem foi delineado metodologicamente para responder a ela.

A falta de oportunidade em conduzir os pacientes graves pode trazer conseqüências indesejáveis no que diz respeito ao atendimento da população. Ao entender que o currículo delineia a trajetória do ensino na escola e na vida:

Se os graduados em medicina não forem expostos a conduzir pacientes gravemente enfermos durante seu treinamento, quando eles se confrontarem com situações de emergência na vida real, suas falhas serão por culpa das deficiências atribuídas ao currículo da graduação (QUTUB, 2000, p.327, tradução nossa)

Dentre os tópicos das Diretrizes Curriculares relacionados à estrutura do curso de graduação médica está a utilização de diferentes cenários de ensino e aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho profissional (BRASIL.MEC.CNE, 2001). A avaliação do paciente grave não pode ficar alheia a este contexto e a UTI, como cenário educacional, proporciona vivência em situações e problemas reais, privilegiando participação ativa do aluno na construção do conhecimento, passo fundamental para postura crítica e reflexiva esperada do egresso.

Nesta pesquisa, embora a UTI seja vista pelos alunos e professores de forma positiva para integrar o contexto educacional, esse ambiente de ensino é caracterizado, na maioria das vezes, como algo distante, fora da realidade hospitalar. O tópico “faltava continuidade” foi relatado tanto pelos graduandos antes do estágio na UTI, quanto pelos professores:

A gente não tem assim muito contato (...) com pacientes assim, graves. E, quando ele chega assim nesse estágio encaminha pra UTI e muitas vezes a gente não tem nem, nem contato com esses pacientes. Não sabe nem o que foi feito com eles... (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-6)

(...) a gente nunca teve acesso a UTI. Fica um assim negócio assim meio que à parte do curso da gente... (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-4)

(...) passa a ser uma obrigação do professor em transmitir pro aluno que tá naquele momento naquele estágio saber que existem situações em cada uma dessas especialidades de pacientes que precisam estar na Terapia Intensiva. Então ele acaba querendo conhecer isso, porque quando o paciente tá na minha mão eu só sei até aqui, quando ele vai para Terapia Intensiva eu perco o contato com o paciente. (PROFESSOR-6)

Percebeu-se, então, que há uma quebra no acompanhamento do segmento do paciente quando este, na sua evolução, se encontra em estado grave e necessita ir para a UTI, o que gera um prejuízo para o graduando, tanto no que diz respeito à percepção da evolução fisiopatológica da doença quanto à quebra brusca da relação médico-paciente que necessariamente tem de se estabelecer em todos os níveis da assistência. A perspectiva da integralidade da assistência com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania faz parte dos primeiros artigos das Diretrizes Curriculares ao definir o perfil do egresso do curso médico (BRASIL.MEC.CNE., 2001). Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir essa integralidade, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, faz parte das competências e habilidades específicas necessárias à formação do médico (BRASIL.MEC.CNE., 2001). Nota-se que agora que a UTI integra o rodízio de especialidades do estágio médico, esse tópico deixa de aparecer no grupo dos “alunos após estágio na UTI”, uma vez que esse espaço já está em nível concreto de alcance para o graduando.

Pela sua própria natureza, a UTI é um local onde se encontram pacientes diferentes da rotina diária do aluno, preenchida geralmente por aulas teóricas, atividades em enfermaria e ambulatório. As diferenças são muitas, a começar pelo nível de cuidado dispensado ao paciente devido a sua gravidade, relacionada à evolução de sua doença. Algumas diferenças foram anunciadas pelos três grupos, e essa “novidade” para os alunos desperta curiosidade. O item “o paciente crítico é diferente” fez parte desta categoria empírica de análise:

(...) não é o paciente do nosso dia-a-dia na enfermaria. (PROFESSOR-4)

Porque na enfermaria só ficam os pacientes que são realmente pra ficar na enfermaria, são pacientes de tratamento mesmo... na enfermaria. (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-4)

Não, eu digo assim, medidas e condições que a gente vê os pacientes em certo estágio de doença, em certa é, é ... um certo nível de estar entre a vida e a morte que a gente vai ver, que a gente vai ter é, é ... acesso a exame que não seriam pedidos a pacientes que estão na enfermaria, a gente vai poder ver uma reanimação cardio - ... cardíaca, a gente vai poder ver pacientes que estão com várias complicações cirúrgicas. Geralmente na enfermaria são pacientes depois de cirurgias não-complicadas, ou então com complicações que a gente pode tratar ali mesmo na enfermaria, e já na UTI não. A gente vai ver complicações mais sérias, como é que eu vou ... qual, qual vai ser a minha conduta, o que o que eu vou pedir, o que eu vou pensar para aquele paciente, qual a terapêutica eu vou utilizar. Então eu acho que, eu acho que é muito importante. (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-5)

Uma rotina totalmente diferente de uma rotina de enfermaria. A admissão de um paciente em UTI, tu já tens uma série de exames que são mais que obrigatórios no paciente grave, paciente crítico. (...) É um paciente que requer cuidados o tempo todo, tanto é que o médico intensivista é muito exigido durante todo o tempo que ele tá ali no plantão dele, né. E que mais, são pacientes muito graves, pacientes que requer essa monitorização, tudo mais, essa coisa toda. E exames laboratoriais enquanto o paciente de enfermaria pode esperar 1 dia, 2 dias. Lá não, tem que ser imediato (...).E já tava em tempo do hospital universitário se dedicar a isso também, mostrar pro graduando como é uma rotina de Terapia Intensiva. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-6)

Da mesma forma, o tópico “procedimentos da UTI” foi consideravelmente suscitado neste estudo pelos integrantes dos três grupos de análise, com claro destaque para a intubação orotraqueal, as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, entre outros:

Eu acho que é, é de suma importância, a gente vai ver procedimentos que a gente não vê na enfermaria, entendeu? (...), então o que a gente não tá vendo na enfermaria a gente vai ver na UTI com certeza (...) Mas essa parte de procedimentos como intubação, a gente aprender melhor a usar medicação... medicação em pacientes graves, entendeu? Que de repente a gente pode pegar, pode precisar, pode precisar disso mais na frente (...) (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-4)

(...), vi pela 1ª vez uma intubação, pra gente é coisa muito nova. A gente vê intubação, já vi intubação só que em paciente anestesiado, com anestesista, bem, bem mais fácil... (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-3)

É bem interessante principalmente na Terapia Intensiva que você tem todo suporte, quando você tem uma situação de uma parada cardiopulmonar (PCR)... Porque se eu formar sem ter visto uma parada... Acho que isso vai acontecer no meu, no meu dia-a-dia daqui pra frente. O ideal é que eu pudesse ter visto muitas outras curricularmente. Eu tive oportunidade de ver extracurricularmente. Mas, é... dentro do currículo, com professor ali, falando ali exatamente, explicando os passos da, do, da, do, do, explicando os passos das ações que você vai tomar, em cada situação ali entendeu ...é bem legal. De forma acadêmica, né? (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-10)

Os procedimentos que habitualmente não são abordados na enfermaria, como punção de uma veia profunda, uma intubação orotraqueal, isso é feito na enfermaria, mas não com a frequência com que se vê na UTI. Então eu acho que se fosse restrito o estágio (...) só nas enfermarias, isso seria visto muito pouco... (PROFESSOR-4)

Tipo atender corretamente uma parada cardiopulmonar, realizar procedimento de intubação orotraqueal, punção venosa profunda, de... contato com o paciente cardiopulmonar grave. Isso não, sem estágio de Terapia Intensiva ele (referindo-se ao aluno) não sai com essa formação no curso. (PROFESSOR-12)

Sim, eu acho assim: um aluno, o que ele deveria estar treinado em UTI como clínico geral? Quer dizer: Todo médico ao se formar ele deveria tá treinado? Primeira coisa: a fazer uma intubação. Ele tem que aprender a fazer uma intubação. (...) Qualquer médico ao ser

formado e até as pessoas do público teriam que saber atender uma paciente em parada cardiorrespiratória e saber diferenciar a morte, né? (PROFESSOR-3).

Os tópicos relacionados aos procedimentos básicos de urgência e emergência fazem parte das Diretrizes Curriculares (BRASIL.MEC.CNE., 2001).

A *Critical Care Working Party (CCWP)*, formada por representantes da fisiologia, farmacologia, anestesia, medicina de emergência, Terapia Intensiva adulto e pediátrica, clínica médica e clínica cirúrgica da Universidade *New South Wales* em Sidney, na Austrália adota o pressuposto de que “nenhum estudante de medicina deveria graduar sem a habilidade de prevenir a perda de um paciente com uma doença fatal aguda que fosse reversível” (HARRISON et al., 1999, p.54, tradução nossa).

Para este grupo, um aspecto contemporâneo seria a necessidade de novas abordagens no currículo de graduação médica que forneça experiências de aprendizado com pacientes críticos, para que estes estudantes tornem-se recém-graduados com o conhecimento e habilidades de procedimentos para enfrentar e conduzir precocemente as doenças em que houvesse risco de vida (HARRISON et al., 1999).

Indubitavelmente, a UTI é um local onde esses procedimentos ocorrem numa frequência superior aos demais setores do hospital, face a gravidade dos pacientes que ali se encontram, o que está de acordo com o relato do professor. Os estudantes, por sua vez, sentem-se mais seguros para decisão e atitude de executá-los, uma vez que presenciaram e vivenciaram o atendimento de forma seqüenciada e sistematizada, traduzidos na expressão dita pelo aluno: “de forma acadêmica”. Esses procedimentos são algo que consideram novo e necessário dominar para sua vida profissional emergente, já que estão no último ano do curso.

A quantidade de trabalhos que aborda especificamente o tema já constitui uma maneira de dimensionar a importância desta questão em nível mundial. Os estudos relacionando a habilidade do médico graduado em conduzir essas situações adequadamente foram descritos relacionando os aspectos da graduação em diversos países, no intuito de verificar as habilidades relativas a esse tópico específico.

A sugestão de que o treinamento do cuidados ao paciente grave deve ser aumentado tanto para o graduando como para o pós-graduando, por serem uma parte importante da prática hospitalar, foram descritas por McAuley e Perkins (2002), na Inglaterra. Este artigo analisa que os cuidados com paciente agudamente doente são freqüentemente abaixo do desejável, incluindo o reconhecimento deste paciente agudo grave e as condutas

iniciais ao seu atendimento, como via aérea, oxigenoterapia, ressuscitação hemodinâmica e monitorização.

A Ressuscitação Cardiorrespiratória é um problema particular nas escolas médicas. Enquanto os conceitos de ressuscitação são ensinados a profissionais da saúde, bombeiros, professores e estão sendo introduzidos na comunidade, muitos médicos e alunos de medicina relatam carência deste conhecimento básico, o que os coloca em situação desfavorável em situações críticas (GARCIA-BRABERO; SUCH, 1996). O mesmo consta no depoimento enfático do professor, quanto à necessidade desta abordagem inicial.

Os resultados obtidos por Harrison e colaboradores (1999), a fim de identificar a percepção dos alunos sobre suas habilidades de conduzir paciente em situações críticas, revelaram que uma grande proporção de alunos não executou os procedimentos ou não presenciaram a execução de procedimentos envolvidos com os cuidados intensivos, incluindo intervenções simples. Também responderam que lhes faltaria confiança no seu potencial de conduzir a maioria das situações clínicas críticas, caso fossem o único clínico disponível.

Na mesma linha de pesquisa, os estudos de Taylor (1997), com o objetivo de avaliar a experiência em procedimentos clínicos básicos e avançados dos recém-graduados, a fim de compreender as possíveis deficiências no treinamento das habilidades em procedimento na graduação, foram realizados utilizando *survey* aplicado a estes médicos em 13 hospitais localizados no Estado de Victoria. Esta pesquisa revelou que os recém-graduados tiveram poucas oportunidades de executar alguns procedimentos no curso, 37% nunca intubaram, 29% perceberam sua proficiência em procedimentos básicos inadequada e 43% acharam seu treinamento nesses aspectos inadequados (TAYLOR, 1997).

Este presente estudo, realizado na Universidade Federal do Maranhão, que utiliza metodologia de natureza qualitativa, apresenta dados compatíveis, quando da descrição: “é uma coisa muito nova”. Para muitos alunos entrevistados neste estudo após o estágio na UTI, esta unidade foi o local onde estavam presenciando os procedimentos básicos de reanimação numa das primeiras oportunidades, quando não a primeira oportunidade. Cumpre ressaltar que o estudo foi realizado com alunos a poucos meses de se graduarem, o que se faz necessário remeter às Diretrizes Curriculares. Estar-se-ia dando tempo e quantidade/qualidade suficiente de apresentações aos procedimentos de urgência e emergência básicos?

O artigo de G.A. Graham (1994) do Reino Unido descreve que o último ano do curso de medicina é o momento de treinar formalmente as habilidades e as competências para os estagiários conduzirem com competência as emergências mais comuns. Ele observa, porém, que este objetivo não está sendo alcançado em muitos casos, em especial com a

ressuscitação cardiopulmonar. Em avaliação sequencial sobre o tema, o treinamento tanto básico como avançado tem aumentado consideravelmente de acordo com estudo de corte realizado durante cinco anos, em Londres (GRAHAM, 1994; GRAHAM; SCOLLON, 2002).

Após análise comparativa entre os tópicos abordados em programas de Terapia Intensiva nas escolas médicas de língua inglesa, os relacionados à ressuscitação cardiopulmonar foram colocados como um consenso definido da abordagem na graduação (SHEN et al., 2003).

Além da abordagem inicial do atendimento de emergência, o médico necessita reconhecer e encaminhar adequadamente os pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral, o que já está previsto e indicado pelas Diretrizes Curriculares (BRASIL.MEC.CNE., 2001). Isto significa, no caso do paciente grave que necessita encaminhamento para UTI, que um primeiro passo é o reconhecimento de quando o paciente está evoluindo de forma desfavorável e grave para poder indicá-lo ao setor mais apropriado. Esse item “reconhecer o paciente grave e a indicação de UTI” apareceu de forma marcante nesse estudo nos 3 grupos de entrevistados:

Independente de eu tá ou não na UTI para eu também até saber quando que aquele paciente irá realmente precisar: – Não, aquele tem que ir para UTI, ele não pode mais ficar na enfermaria. (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-4)

O aluno de medicina (...) ele vai para emergência, principalmente a universidade daqui, a gente não tem cadeira de emergência, então a gente fica muito inseguro em ver, em saber diagnosticar se o paciente tá grave ou não, entendeu? Todo mundo tem essa dificuldade. (...) a UTI é de extrema necessidade, tudo que você aprende na UTI é de extrema necessidade pra sua vida prática de médico. Com certeza. O médico ele torna-se ... a gente fica muito mais seguro. Porque você consegue diagnosticar muito mais precoce um paciente que tá grave. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-9)

(...) uma grande indicação é saber exatamente aquele paciente qual é o momento dele ir para UTI, qual momento desse paciente tem que tá na enfermaria, qual momento dele ir pra intermediária, às vezes essa gradação não é muito bem ... você que trabalha na UTI, (...) vê inúmeros pacientes que certamente são, são, ah, são solicitados para ir para UTI por falta talvez até de um convívio maior do médico com situações um pouco mais críticas. No momento que ele tiver esse conhecimento ele vai ter muito mais lucidez para indicar ou não quando é que seria o momento oportuno e saber até intervir antes do paciente ir para UTI. (PROFESSOR-2)

A capacidade de referir adequadamente o paciente grave para a UTI e iniciar os procedimentos de urgência e emergência para que o paciente seja transferido em melhores condições clínicas foram um dos motivos que impulsionaram a retomada da discussão sobre o tempo dispendido no ensino médico para a emergência e para a Terapia Intensiva na década de noventa no século passado.

Nota-se com o estudo, verbalizado nas entrevistas, que esta preocupação é clara tanto do ponto de vista do professor, quanto dos alunos. Após o estágio na Terapia Intensiva e o contato com situações de indicação reais para unidade, avaliação de pareceres, avaliação e evolução dos pacientes internados que por conseguinte formam a rotina da UTI, os alunos sentem-se mais capacitados para a habilidade de reconhecer e indicar adequadamente um paciente que necessite de cuidados intensivos. A necessidade de decisão sobre em qual local encaminhar o paciente, baseado numa avaliação adequada da gravidade do paciente é expresso pelo aluno antes de participar do estágio na UTI, o que constitui fonte de interesse por conhecer a Terapia Intensiva. A apresentação das condutas sistemáticas e a necessidade de estabelecer e decidir rapidamente as prioridades no atendimento fazem da UTI um ambiente real para que esse tipo de habilidade se torne concreta (MURRAY; ROGERS, 1998). A construção desta competência foi expressa na fala: “o médico ele torna-se...a gente fica muito mais seguro”.

Dentre as necessidades de competências para o atendimento ao paciente grave, a realidade brasileira, no que diz respeito às condições de atendimento e ao nível de organização do Sistema Único de Saúde, também foi um item identificado nos três grupos de entrevistados. No tópico “o paciente pode não ter a UTI de imediato”, as falas foram destacadas:

Por exemplo: quando você sai de uma cidade grande e vai para uma cidade do interior por exemplo, quando você sabe que não tem uma Unidade de Terapia Intensiva, alguns cuidados você precisa saber tomar. Né? É ... medicamentos que a gente não aprende a manipular, é, a própria questão do medo de usar às vezes o medicamento, de ser mais invasivo um pouco em algumas situações. Embora eu saiba que o ambiente da UTI ele é um ambiente específico, quer dizer não dá pra gente ficar brincando de UTI num, num ambiente de hospital que não tenha esse tipo de cuidado, mas muita coisa eu acho que pode ser feita pra salvar um paciente. Até que ele possa chegar a uma Unidade de Terapia Intensiva... (PROFESSOR-8)

Que ele pode até não atuar dentro de uma UTI, mas ele por exemplo numa, numa emergência ele, de repente ele pega um paciente que até ele chegar na Terapia Intensiva vai ser um paciente que vai precisar ir

para um respirador e a gente sabe pelas condições que a gente tem nem sempre isso vai acontecer de imediato... (PROFESSOR-13)

É importante né, até porque você aprende muita coisa que eu acho importante, mais importante passar na UTI é que mesmo que você não vá ficar na UTI e não vá ...você vai ter ... esse conhecimento que você adquire você pode aplicar em função da realidade nossa aqui que a gente às vezes tem um paciente e não pode mandar ele para UTI, por causa da ...não tem leito, certo? Então o conhecimento adquirido nessa parte da UTI você pode aplicar isso fora e já fazer alguma coisa melhorada para esse paciente. Entendeu? (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-1)

Não é qualquer paciente que por estar num estado grave que eu vou mandar ele para Unidade de Terapia Intensiva, mas o paciente que realmente... né, a gente sabe que a disponibilidade de leitos é pequena... (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-5)

Essa realidade é percebida por professores e alunos. A título de exemplo, no Estado do Maranhão, há disponível hoje 211 leitos em UTIs de hospitais da rede pública, para 17.239 leitos hospitalares (BRASIL.MS., 2003), atendendo uma população de 5.651.475 habitantes (IBGE, 2000). O domínio da habilidade na conduta do paciente grave se torna algo indispensável para essa realidade. Possuir discernimento para uma perfeita indicação e habilidade de um atendimento inicial adequado faz-se imperativo.

Sob um outro ângulo, há a premissa de que o contato com o paciente grave é algo certo de ocorrer na vida do médico, de qualquer especialidade. O interesse por conhecer esse paciente, bem como a importância da competência do atendimento foi relatado nos depoimentos dos professores e alunos nos 3 grupos de entrevistados no tópico: “todo médico vê doente grave”:

Claro, né. Antes de ser (xxx –especialidade) (...), eu vou ser um médico, né. E você um dia pode se deparar com, com, com alguma situação que seja necessário você ter uma ação ali na hora e se você não estiver preparado, como é que vai ser? (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-7)

Porque eu sei que eu vou me deparar com essa situação futuramente (referindo-se a PCR) e é... pelo menos eu já tive a minha primeira experiência, de eu olhar aquilo uma vez na, na Terapia Intensiva, entendeu. É ... já teve ... já teve de certa forma importância grande (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-10)

Acho que tem que fazer parte da grade curricular, porque assim, qualquer especialidade que eles escolham eles vão ter que saber tomar condutas tanto de atendimento primeiro, atendimento de urgência como com o paciente grave, tem que saber abordar um paciente grave. Porque qualquer especialidade que eles escolham eles vão se deparar com paciente grave em algum momento, né. (PROFESSOR-9)

Nesse sentido, a formação generalista está prevista nas Diretrizes Curriculares (BRASIL.MEC.CNE., 2001). O médico graduado necessita possuí-las antes de especializar-se ou subspecializar-se, o que faz parte do relato do aluno. Sobre o item “na UTI existem coisas gerais” os 3 grupos de entrevistados se pronunciaram:

Porque você pega patologias das mais diversas possíveis patologias, patologias cardíacas, patologias clínicas mais diversas, mais complexas, né. E isso enriquece o conhecimento. Porque, porque ele vai ter um conhecimento, o médico generalista ele tem que ter um conhecimento global... (PROFESSOR-2)

Acredito que sim. Até porque antes de fazer (xxxx-subspecialidade) eu vou ser médico, né? (...) e eu acho assim: o médico tem pecado muito na sua formação em relação à subspecialidade. Porque antes de mais nada, (...), nós somos médicos e se de repente precisar de uma ajuda qualquer lugar que seja no hospital quando eu tiver fazendo minha residência, eles vão chamar a médica que está ali de plantão, não é verdade? E eu creio que isso venha a acrescentar pra gente na UTI. Acho que gente tem que pensar assim, tem que ter essa mentalidade, que antes de mais nada nós somos médicos, independente da subspecialidade que seja feita. Tem que ter pelo menos uma noção... (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-2)

(...) a questão do equilíbrio hidroeletrolítico, reposição volêmica, né reposição sanguínea, (...), é distúrbio ácido – básico, (...) são coisas importantes, são coisas básicas, importantes, drogas vaso ativas, são coisas que, poxa, uma coisa que todo mundo tem que saber... (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-2)

porque eu aprendi muita coisa lá, tipo fazer balanço hídrico de paciente, são coisas que apesar de serem usadas lá, mas que são extensas a qualquer área que você vai fazer. Eu acho que foi um quadro interessante... (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-5)

Notou-se que um dos motivos do interesse por conhecer a UTI está no fato de os sujeitos acharem que lá se encontram não conhecimentos altamente específicos, mas a

possibilidade de contato com aspectos gerais, que podem ser úteis a sua vida profissional. O aluno que ainda não presenciou o estágio fala de aspectos amplos, relacionando um possível atendimento inesperado que venha a acontecer. Uma vez mais próximos da UTI, os alunos após participarem do estágio no setor, bem como os docentes, já têm uma visão mais detalhada, falam das patologias em várias áreas da medicina, em condutas e avaliações que são estabelecidas em pacientes dentro e fora da UTI. Esta percepção adquirida no estágio da UTI para a vida profissional do graduado, independente da especialidade pela qual ele optou, dá a dimensão da transposição didática proporcionada por esta experiência. Alguns dos objetivos do ensino médico como a informação, análise dos dados, avaliação da terapêutica apropriada e avaliação dos resultados são importantes a qualquer médico, independente se irá atuar nos cuidados primários de assistência, em outra especialização, ou especializar-se em Terapia Intensiva.

Ainda nessa direção, a possibilidade de especialização em Terapia Intensiva também foi pontuada nesse estudo por professores e alunos. No último item que faz parte dessa categoria empírica de análise, “possibilidade de fazer algo semelhante”, os 3 grupos se posicionaram:

Assim, vou aguardar passar agora pela UTI e ver como é que ... se eu vou gostar entendeu, e de repente eu até faço também mais um ano de ... na pós-graduação em intensivismo também. (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO DA UTI-4)

(...) por uma outra razão importante que é mais um mercado de trabalho. Quer dizer, eles iniciam um treinamento com provável mercado de trabalho depois de formado, que é a UTI. (PROFESSOR-4)

Ah... assim, na tomada da minha decisão, entendeu, vai influir. E, e também assim, eu sempre gostei dessa, desse estresse, eu sei que é uma vida que até muitos intensivistas até reclamam, mas eu gosto desse stress, eu gosto de correr atrás, de avaliar aquele paciente, de ver o que pode fazer, de intervir naquele momento, de atuar naquele momento e daí em diante ter novas condutas.(...) Eu gosto de atuar de forma rápida e ver o resultado o mais rápido possível, entendeu? (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-6)

A possibilidade de futura especialização já era sinalizada pelo aluno antes do estágio na UTI. Essa descrição passa a apresentar uma riqueza de detalhes após a participação nesse setor específico. Alguns estudos avaliaram que é na graduação o momento em que se

encontram os “verdadeiros intensivistas” e que este seria o período de iniciar sua longa “aventura” de aprendizado nesta especialidade (CIVETTA; VARON, 1995).

5.2 Ensino do atendimento ao paciente grave

A inclusão curricular da Terapia Intensiva no estágio médico, correspondente ao último ano do curso de medicina na Universidade Federal do Maranhão, ocorreu recentemente, há cerca de um ano. Este espaço para o ensino focalizado no atendimento ao paciente grave desde então tem ocorrido neste ambiente específico durante sessenta horas, no último ano do curso. Os primeiros depoimentos versavam sobre o interesse e utilidade da Terapia Intensiva na graduação médica e relatavam que o contato com o paciente grave era pequeno, o que constituía fonte de interesse. Desses relatos, somados aos da não-obrigatoriedade da prática em emergências, um outro questionamento fez-se pertinente: Como e onde são abordadas as habilidades e competências relacionadas com o primeiro atendimento e o encaminhamento do paciente grave para a graduação médica?

O núcleo temático “ensino do atendimento ao paciente grave” foi estabelecido por meio de uma solicitação para que o entrevistado/aluno discursasse o que ele considerava um paciente grave e os cuidados necessários ao atendimento deste paciente antes de encaminhá-lo a UTI. Em seguida, o aluno foi convidado a explicar como essas questões foram trabalhadas na graduação médica. No caso dos professores, a única pergunta estabelecida foi: “como são trabalhadas as questões do primeiro atendimento e encaminhamento do paciente grave na graduação”, já que eram descabidas as questões de caracterização do paciente grave .

Foram considerados todos os professores e alunos envolvidos neste estudo em relação a este núcleo temático específico (APÊNDICES A, B, C).

As duas categorias que emergiram nas falas do entrevistados dessa pesquisa, nos 3 grupos, foram: “Interpretando a abordagem ao paciente grave: um conflito de opiniões” e “A prática médica e a interdisciplinaridade: tecendo o profissional”.

5.2.1 Interpretando a abordagem ao paciente grave: um conflito de opiniões

Há uma multiplicidade nas falas dos sujeitos nos 3 grupos de entrevistados quando convidados a responder aos questionamentos formulados para esse núcleo temático

específico. Uma parte dos sujeitos relatava que a abordagem de ensino do atendimento ao paciente grave se dava de forma eminentemente teórica:

(...) tudo muito na teoria, na prática não se tem nada porque não tem nem hospital de emergência pra eles freqüentarem. Eles costumam freqüentar o (xxx- hospital) por conta própria. Quem quer vai, com orientação do pessoal de lá que nem sempre é docente. Então a coisa corre meio solta... (PROFESSOR-7)

Na graduação ... ela, ela , ela fica com muito ... muito , vamos dizer assim muito maleável no que diz respeito a essa indicação de gravidade no primeiro atendimento. É... Talvez o, o, o aporte teórico da, da nossa universidade esteja muito grande, porém o aporte prático, a relação prático-teórica a desejar... (PROFESSOR-1)

(...) se a gente fosse atrás só da graduação para poder tratar um paciente grave, a gente não saberia. Porque a coisa quando funciona é com umas duas aulas teóricas, três. E a gente sabe que em medicina a gente não precisa só da parte escrita... (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-2)

Outros relatos apontavam que essa abordagem se dava eminentemente por meio de aulas práticas:

Nós temos a parte prática aqui de enfermagem e nós temos as aulas teóricas. A gente tem abordado a parte de urgência mais em situações práticas, nas aulas práticas. (PROFESSOR-9)

Até que em relação é... a isso, a gente teve de certa forma até uma boa, é, boas informações em relação a isso. Se bem que assim, só informações de você mandar... (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-7)

Outros depoimentos apontavam a abordagem do paciente grave para o primeiro atendimento e o encaminhamento pouco perceptível:

Nada praticamente. A gente teve, não teve assim nenhuma aula assim, específica sobre o manuseio de paciente grave, sobre condutas a serem seguidas, a gente não... que eu me lembre, não. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-11)

Olha, isso eu te digo pra você que o... ele (referindo-se ao aluno) é totalmente alheio a tudo isso. (PROFESSOR-5)

As três formas de análise, opostas entre si, provavelmente traduzem a falta de delineamento curricular estabelecido para o primeiro atendimento e as questões relacionadas ao encaminhamento do paciente grave na graduação médica da UFMA. As múltiplas interpretações fornecidas pelos diferentes atores desse contexto dimensionam o problema. Os comentários diversos demonstram a falta de definição clara e objetiva quanto à abordagem do primeiro atendimento e encaminhamento do paciente crítico na graduação médica, o que possivelmente resulte na expressão: “a coisa corre meio solta”. Uma vez que o questionamento era descritivo (como são abordadas essas questões), e não interpretativo e pessoal (não se perguntava qual a opinião sobre a abordagem), esperou-se respostas mais homogêneas, verificadas em perguntas de natureza descritiva, quando um delineamento prévio sobre a questão em análise é bem definido.

Outros estudos acerca do problema discutem o delineamento para os tópicos relacionados aos cuidados com paciente grave. Devido ao fato de o cuidado com o paciente grave constituir uma área de convergência multidisciplinar, as escolas assumem que estes conteúdos estejam sendo abordados por todas as áreas. Uma vez que não se haveria delegado um responsável específico, esses tópicos poderiam estar sendo omitidos, com o receio de repetições em várias disciplinas (BUCHMAN et al., 1992; MURRAY; ROGERS, 1998).

Outro ponto relevante em relação a essa questão é que a estrutura curricular oficial do curso de medicina da UFMA é, em geral, muito mais prática do que teórica (UFMA, 2002). Há um contraponto entre o discurso do currículo oficial e o de fato, pelo menos para uma parte dos alunos e professores entrevistados. Essa divergência leva a uma reflexão sobre o que na verdade entende-se por prática médica e resta a dúvida: o que na realidade ocorre no currículo deste curso de medicina? Esses questionamentos surgiram durante a análise dos dados dessa pesquisa, mas não fizeram parte dos objetivos desse estudo. Portanto, a metodologia dessa pesquisa não permitiu respostas a esses questionamentos.

5.2.2 A prática médica e a interdisciplinaridade: tecendo o profissional

Faz-se necessário maiores esclarecimentos em relação à prática médica, assunto que emergiu naturalmente quando da realização das entrevistas, tendo sido enfatizado por uma parte dos entrevistados.

Os estudos que avaliam o aprendizado efetivo partem do princípio de que fazer a tomada ativa de decisão é a mais efetiva estratégia de aprendizado. Os fatores relacionados a

esse aprendizado incluem abordagem ativa e direcionada para o aluno, ao invés de centrada no professor, com oportunidades de aprender a identificar problemas, formular questões e explorar soluções. Há evidências de que o aprendizado ativo facilita uma abordagem profunda ao invés de superficial, caracterizada por compreender conceitos ao invés de decorar fatos. Num contexto clínico, a situação de aprendizado deve, entretanto, dar aos estudantes responsabilidade para que, independentemente, eles possam fazer diagnóstico, tomar decisão de conduta e investigar os aspectos que surjam conforme o caso. Isso implica aprendizado ativo, em detrimento da abordagem passiva baseada apenas na observação de tutores com pacientes em *rounds*. Os métodos que melhor promovem o aprendizado ativo, são os que fazem a ponte entre a teoria e a prática. Essa oportunidade de ver pacientes independentemente é considerada a de maior valor, equiparada com o nível da experiência do aluno (ROLFE; SANSON-FISHER, 2002).

Seria o ensino prático o responsável por ajudar os estudantes a adquirirem tipos de talento essenciais para a competência em zonas indeterminadas da prática, situações únicas, incertas e conflituosas, gerando assim um profissional reflexivo. Especificamente para o ensino médico, quando residentes e estagiários estão sob a orientação de clínicos experientes e trabalham com pacientes reais, eles aprendem mais do que a ciência médica ministrada na sala de aula. O ensino prático em medicina está tão relacionado com a aquisição de uma arte autônoma de prática clínica, quanto com o aprendizado da aplicação de uma teoria proveniente de pesquisa (SCHON, 1998).

(...) um bom médico consegue identificar e mobilizar conhecimentos científicos pertinentes no momento certo, em uma situação concreta que, evidentemente, não costuma apresentar-se como “um problema proposto em aula” para o qual bastaria encontrar a “página certa em um grande livro” e aplicar a solução preconizada (PERRENOUD, 1999, p.8).

As situações de primeiro atendimento de urgência e o discernimento para um posicionamento adequado do médico, frente às situações únicas e incertas, não permitem abordagem exclusivamente teórica. Essas competências apenas são verdadeiramente construídas na prática. Um currículo de graduação médica que privilegie o contrário estaria, no mínimo, cometendo um grave engano.

O ensino da graduação, voltado para construção do conhecimento, não pode pautar-se por uma estrutura curricular rígida, baseada num enfoque unicamente disciplinar e seqüenciada a partir de uma hierarquização artificial dos conteúdos, quando a realidade se apresenta em uma multiplicidade interdependente; confinada aos limites da sala de aula, onde teoria e prática aparecem como elementos dicotômicos e o ensino tem por base a exposição submissa a conteúdos descritivos, quando o processo de construção do saber ocorre a partir da reflexão sobre os fundamentos do conhecimento mediada pela permanente interação com a realidade; refratária à diversidade de experiências vivenciadas pelos alunos, quando eles são de fato o pólo nucleador do projeto curricular, concebida na perspectiva da graduação como etapa definitiva do processo de formação, quando a dinâmica de transformação da realidade coloca a necessidade de um aprender permanente (FORGRAD, 2000, p.11)

O estágio na UTI ocorre de forma essencialmente prática, com possibilidade de convívio *in loco* com o paciente grave. O tempo real é imperativo na gênese de competência e no aumento da resolubilidade em tomar decisão, gerenciamento, liderança e comunicação na equipe de saúde frente a uma situação adversa, inesperada e súbita. O item “ver ao vivo” apareceu no grupo dos alunos que participaram do estágio na UTI e no grupo dos professores:

É ... mas eu acho que é bem interessante principalmente na Terapia Intensiva que você tem todo suporte, quando você tem uma situação de uma parada cardiorrespiratória que você tem oportunidade de ver não aquilo assim: - é... e se fizer isso, faz isso. Se fizer isso, faz isso. Não: - fez isso, então pega lá rápido, faz aqui, faz adrenalina aqui, massagem, massagem. E aí? Como é que tá, tem pulso, não tem pulso? Isso a gente teve oportunidade de ver durante o estágio na, na UTI, coisa que eu nunca tive oportunidade de ver curricularmente antes do..., na graduação. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-10)

Mas lá na UTI, por exemplo, com certeza o estudante aprende essas manobras de ressuscitação que ele vai ver lá na prática, ele vai ver se o doente começa a hipoventilar ele tem que ser intubado, então, é... como se conduz logo depois da intubação, como se usa o respirador, quer dizer como ele tem que ambuzar, o oxigênio que tem que se colocar, então eu acho que a UTI pro estudante é extremamente fundamental. (PROFESSOR-5)

Dando continuidade a essa discussão da prática no ensino médico, um outro item de análise freqüentemente citado por professores e alunos foi a residência médica. O tópico “é o residente que faz” apareceu nos 3 grupos de entrevistados.

Em relação a esse tópico, há depoimentos nesse estudo que são dignos de comentários:

A gente nunca pegou um paciente assim: – Ah , esse paciente aqui é gravíssimo vai direto para UTI. Até porque no SPA quem fica lá são os residentes, a gente nunca teve acesso. (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-4)

O que eu achei assim um pouco, que deve ainda ter, que deve ser melhorado, não sei se tem possibilidade, é que tudo bem, nós estamos ainda no estágio, não estamos na residência. Só que muita gente, algumas pessoas não vão ter acesso a uma residência médica e a gente se limita muito a observar. Eu acho que se deveria dividir o tempo. Tudo bem que a prioridade seja dos residentes, mas que nós na medida do possível fôssemos aprendendo os procedimentos, né. Eu acho que a gente tinha que ter um pouco mais de pegar a mão na massa. Acho que a gente fica muito assim muito apegado à observação, observacional... (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-5)

Infelizmente hoje como hospital escola não tem pronto socorro, tem um SPA (...) que na maioria os estudantes não passam por lá, somente a parte da residência médica. Então você observa que (...) o estudante ele não tem conhecimento nem na maioria das vezes das primeiras condutas que você tem que fazer com o doente grave. (PROFESSOR-5)

A residência médica é o período de treinamento que visa aprimoramento e especialização após a conclusão do curso de medicina. Essa pós-graduação destinada a médicos tem como objetivo o aprimoramento de habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisão, o desenvolvimento de atitudes que permitam valorizar a significação dos fatores somáticos, psicológicos e sociais que interferem na doença, o estímulo à capacidade crítica da atividade médica, entre outros (CNRM, 1979).

Cumprе ressaltar novamente que na residência o aprendiz já é graduado em fase de aprimoramento, procurando mais qualificação para o mercado de trabalho, além de poder optar pela especialidade escolhida, se for o caso.

Os primeiros procedimentos de urgência, bem como o discernimento para uma indicação e transferência adequadas do paciente grave, novamente foram registradas nesse estudo, desta vez deixando transparecer o hiato existente entre o graduando e o residente, ilustrado tanto por alunos, quanto pelo professor em relação ao Serviço de Pronto Atendimento do hospital universitário. A carência do ensino prático para lidar com situações de emergência na sala de emergência propriamente dita e também na UTI foram ressaltadas pelos três grupos entrevistados.

As Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação têm como um de seus princípios a sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições no exercício profissional e que o profissional egresso deve ser capacitado a atuar e a inserir-se no mercado de trabalho (BRASIL.MEC.SES, 2001).

A ressalva do aluno, ao lembrar que a residência médica é antes de tudo uma opção e depende de aprovação em concurso próprio, desvenda o porquê da necessidade da “mão na massa”, e não só a observação.

Ao se transferir os aspectos práticos do ensino, indissociáveis dos teóricos, para a pós-graduação, a graduação tem sua base estremecida, fragilizada, atingida em seu âmago. Cumpre lembrar que a transição de um estudante de medicina a um médico recém-graduado é abrupta e carrega em si uma carga de responsabilidade no cuidado direto com o paciente, o que reforça a necessidade de estarem preparados para lidar com situações emergenciais já estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares do curso de medicina.

A necessidade de revisão quanto à prática que se oferece aos estudantes tem sido alvo de freqüentes debates relacionados ao ensino médico, já que é de competência da instituição de ensino proporcionar essa orientação supervisionada a seus aprendizes e não transferi-la para adiante, destacando que “a residência médica não pode mais ficar na função intermediária entre o processo educacional e a prática profissional, cobrindo as falhas da graduação” (LAMPERT, 2001, p.17).

No artigo australiano de I. E. Rolfe e R.W. Sanson- Fisher (2002), a falta de prática, deficiências curriculares, pouca coordenação entre a graduação e a pós- graduação, além de diferenças na qualidade relacionada à quantidade de alunos foram selecionadas como razões para a insegurança dos médicos recém-graduados na prática hospitalar.

Outro item que também surgiu nesta categoria, desta vez restrito ao grupo dos professores, trouxe à tona o compromisso do educador ao selecionar os aspectos técnicos e humanos, objetivos e subjetivos que, em última análise, formam o currículo. Sobre o tópico: “precisa de programa para o graduando” houve observações relativas ao que se deve apresentar para o aprendizado concreto. Relacionou-se o cuidado na escolha dos conteúdos e o período da graduação ideal para a melhor apresentação dessa nova abordagem:

Eu acho que a UTI, se ela estiver estruturada, também voltada né, voltada pra assistência obviamente, mas se ela tiver uma programação, ah, um conteúdo programático voltado pro estágio com a residência, aí será de extrema utilidade. Porque a UTI são, são percepções assim, muito rápidas. Muita rapidez, de, de resolução rápida, então tem que

haver uma programação senão o estudante vai passar por lá e não vai ter nenhuma compreensão. (PROFESSOR-2)

(...) o professor que tá, ou o *staff*, ou o médico que tá na UTI precisa identificar: o que um clínico geral precisa saber de UTI? Eu não tenho que ter a pretensão de transformá-lo num intensivista... (PROFESSOR-3)

Acho fantástica e acredito que eles aprenderiam mais se não fosse no sexto ano, mas antes. Porque no sexto ano a gente lapida o aluno. Antes a gente ensina ele. Sexto ano ele tá preocupado com prova de residência, apresentação de monografia (...) (PROFESSOR-14)

Foi identificado nas falas o compromisso do corpo docente para a construção de competências, uma vez que as competências são ferramentas que exigem diretamente a intervenção do professor.

Ainda nesta categoria empírica de análise, a abordagem que promova a integração e a interdisciplinaridade do ensino faz parte da estrutura do curso de graduação prevista pelas Diretrizes Curriculares. Esta questão é avaliada de forma particular na Unidade de Terapia Intensiva, no manejo com o paciente crítico, que apresenta habitualmente vários sistemas fisiológicos comprometidos ao mesmo tempo decorrentes de um processo patológico inicial, o que deixa de forma clara aos estudantes que os órgãos e sistemas do corpo humano são realmente indissociáveis.

A fragmentação dos conteúdos na escola médica foi favorecida pela Reforma Universitária Brasileira de 1968, que criou departamentos com identidade funcional e adotou o sistema de créditos, influenciado pelo relatório Flexner de 1910 (MOREIRA apud BRIANI, 2001).

Enquanto a cultura geral impulsiona a busca da contextualização de qualquer informação ou idéia, a cultura científica e técnica disciplinar parcela, desune e compartimenta os saberes, tornando cada vez mais difícil sua contextualização. A especialização extrai um objeto do seu contexto e de seu conjunto, quando se perde a noção do todo (MORIN, 1999).

Nesse estudo, a interdisciplinaridade aparece de forma destacada, em um caso ímpar, entre os alunos que participaram do estágio na Terapia Intensiva. Na pesquisa de natureza qualitativa, os casos que fogem aos habituais também são revelados, uma vez que existem e que também favorecem a fonte de análise e interpretação. Enquanto os demais alunos discorreram sobre a utilidade daqueles conhecimentos em suas vidas, relacionando vários aspectos ressaltados anteriormente nesse texto, a resposta ímpar relatou o contrário:

Bem, eu acho que o conhecimento que se tem durante a passagem da UTI é um pouco restrito ao dia-a-dia da UTI. Algumas .. Acho que algumas coisas em si talvez se leve para o dia-a-dia, mas poucas, acho que é um mundo bastante restrito. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-4)

O mesmo aluno, ao ser questionado sobre o que era necessário para um primeiro atendimento adequado ao paciente grave, destacou a perspectiva generalista e integradora:

É, tem que ter uma noção geral sobre as patologias, as mais comuns, tem que ter uma boa formação geral, tem que ter um conhecimento sobre a patologia de base dessa paciente. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-4)

Ainda nessa entrevista específica, quando indagado como estas questões foram abordadas na graduação:

De uma maneira bastante aleatória (...) Eu acho que não teve assim uma coisa bem ... é... bem cadenciada , o currículo ele fica meio... A gente vai aprendendo de forma fracionada mas não tem tipo estabelecido uma rotina mais ou menos, pré-definida, né. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-4)

Constatou-se com este relato os limites que a fragmentação do conhecimento consegue alcançar, inclusive conscientemente, chegando a ser verbalizada. A disciplinaridade marcada torna-se um empecilho para que se consiga discernir a utilidade que os conhecimentos adquiridos na escola têm para a vida fora da escola. Esses conhecimentos ficam descontextualizados, como sílabas soltas que fazem pouco ou nenhum sentido. Em um contato direto com um paciente crítico, quando esses conhecimentos multidisciplinares precisam ser conjugados de forma a transformarem-se em interdisciplinares em tempo real para uma compreensão adequada do processo da doença em seu desfecho desfavorável, essa questão vem à tona com clareza, uma vez que é o desenvolvimento de aptidões gerais da mente que permite melhor desenvolvimento das competências particulares ou especializadas. Quanto mais forte é a inteligência geral, maior é a propriedade de tratar problemas especiais.

A educação que ensina a separar, compartimentar, isolar e não unir os conhecimentos faz com que o conjunto de conhecimentos se constitua um quebra-cabeças ininteligível, gerando uma inteligência míope, destruidora da possibilidade de compreensão e

reflexão, reduzindo a possibilidade de julgamento corretivo ou da visão a longo prazo desde a sua gênese (MORIN, 1999).

Essa fragmentação, descrita pelo aluno no tópico “pedaços de conteúdo”, também fez parte do relato de um professor entrevistado:

Eu acho que a gente não tem isso, é, assim, não tem esse capítulo na graduação: olha, agora a gente vai... é, você vai na XXX (área), aprende um pouco, mas não se faz, esse, essa ligação das coisas. Eu acho que a gente aprende tudo muito .. ou ensina muito é... uma parte aqui, uma parte ali, não consegue... é... fazer um conteúdo. (PROFESSOR-8)

A Terapia Intensiva foi considerada, em outros estudos, uma área integradora de conteúdos desde os princípios fisiológicos e farmacológicos básicos de diversas disciplinas do curso médico, já que dá a chance de aplicá-los e observá-los em tempo real, o que constituiu um dos fatores para seu espaço na graduação daqueles países (AYRES; MESSMER; WASSERMAN, 1992; MURRAY; ROGERS, 1998; PALMISANO; MCNALLY; LIGAS, 1999; ROGERS, 2000).

A Terapia Intensiva, contextualizando aspectos fisiológicos básicos, foi utilizada com bom rendimento inclusive para alunos nesta fase do curso de medicina. Esse estudo, realizado na *University of Colorado School of Medicine*, utilizou um curso de Terapia Intensiva de 12 semanas por acreditar que as experiências clínicas seguidas de um estudo direcionado e discussão em grupo podem proporcionar um aprendizado sólido, com assimilação inclusive de conceitos complexos, se apresentados de forma contextualizada. Em seu desfecho, avaliou-se que as ciências básicas e clínicas são melhor assimiladas quando caminham juntas, sem dicotomia (LOFARO; ABERNATHY, 1994).

Nesse estudo na Universidade Federal do Maranhão, a questão da integração dos conceitos básicos e clínicos também se fez presente, identificada após o convívio com o paciente crítico na UTI e o aporte tecnológico específico que freqüentemente o acompanha por um aluno após o estágio na UTI. Sobre o tópico “correlacionar princípios básicos e clínicos” a fala foi esclarecedora:

Ah, com certeza (...) acho que a ventilação mecânica te ensina um pouco mais de fisiologia, né, acho uma coisa importante, assim, te ajuda a entender um pouco mais disso. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-2)

A questão interdisciplinar da Terapia Intensiva também foi abordada por professores e alunos depois do estágio na UTI, reportando a essa necessidade para o entendimento da totalidade do processo saúde-doença e para a tomada de decisão. No item “juntando partes” as falas foram destacadas:

(...) aí é que tá, é o momento de você ver o paciente como um todo. É uma das poucas, poucos momentos que você examina o paciente da cabeça aos pés. Não voltado só para o tórax, não voltado só para genitália, obstetrícia, ginecologia. Você vê o paciente como um todo. E vê que de uma hora para outra você tá vivo e de uma hora para outra você pode morrer... (PROFESSOR-11)

Porque eu vi basicamente assim, eu vi um resumo de tudo que eu tinha visto relacionado na UTI (...) esse aqui a gente fez gasometria e vendo só ventilação, esse aqui vendo glasgow, um outro é outra coisa qualquer, a pressão dele estava alta, administrando algum medicamento. E nesse não, a gente viu todo o procedimento de atendimento de um paciente grave, praticamente juntando tudo, então fica mais na tua memória, como proceder, como a gente vai identificar que aquele paciente necessita determinado procedimento (...) (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-1)

De fato, muito mais do que multidisciplinar, o que se vê na Unidade de Terapia Intensiva é interdisciplinar. Os conteúdos do ensino médico, muitas vezes fragmentados, soltos, precisam se entrelaçar para a compreensão de um paciente crítico. Essa rotina interdisciplinar diária foi registrada na fala do aluno que presenciou o ambiente sob a forma “praticamente juntando tudo” e para o professor, “vê o paciente como um todo”.

5.3 Percepções de vivência com o paciente grave

As questões subjetivas não são traduzidas na forma de um aprendizado direto, mas um aprendizado indireto no qual estudantes adquirem atitudes, valores e padrões de comportamento como subproduto do contato com instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde que caracterizam o chamado currículo oculto.

Em um ambiente onde o aporte tecnológico é grande e de ponta devido às necessidades relacionadas à gravidade do paciente, a utilização crítica deste aparato constitui peça fundamental.

A revolução tecnológica caracterizou-se por um processo cujas conseqüências foram de grande impacto sobre a história moderna. O processo tecnológico tem, de forma mais radical nas últimas décadas, marcado profundamente a prática médica. Essa tecnologia que promoveu agilidade ao processo do diagnóstico também favoreceu alterações na relação médico-paciente. O alerta para que a tecnologia não se transforme em tecnicismo acrítico parte da identidade do profissional e da relação professor-aluno.

A definição da identidade do intensivista já está descrita desde o início dos primeiros trabalhos que abordavam o tema. Este médico primeiro tem que ser um generalista, necessita especializar-se em ressuscitação, cuidados respiratórios, tratamento do choque, entender fisiopatologia e farmacologia, compreender que é um membro da equipe e que não pode fazer tudo sozinho, uma vez que não se pode ser especialista em todas as áreas médicas, deve agir com diplomacia, deve ser capaz de tomar decisões rápidas e ter habilidades de intervenção em tempo apropriado. Ele necessita de compaixão, de ser capaz de entender o ser humano por detrás dos equipamentos. Ele deve ter engajamento social e compreender o seu papel além da UTI (SAFAR; GRENVIK, 1977).

Nesse contexto, o convívio dos alunos com a UTI proporciona experiências e percepções que variam do técnico ao humano, na perspectiva da totalidade. Essa vivência permite reflexão em diversos aspectos da área médica além dos estritamente técnicos.

Nesse estudo procurou-se que os alunos transcorressem sobre um dia marcante do seu estágio na UTI e que depois refletissem o porquê da importância desse dia (APÊNDICE A). Além disso, relatos sobre a vivência na unidade também ocorreram durante a entrevista como um todo. Os onze entrevistados que já haviam participado do estágio na UTI a descreveram com clareza e detalhamento, sem empecilhos.

Os alunos que ainda não tinham participado do estágio na UTI foram convidados a descrever um dia em que houvessem presenciado um atendimento de um paciente grave, no local onde desejassem (APÊNDICE B). Dos sete entrevistados, dois discorreram sobre um atendimento na UTI de um outro hospital que não o universitário, quando estavam “acompanhando a rotina” em caráter extracurricular. Os outros cinco entrevistados descreveram atendimentos tanto em emergência no ambiente hospitalar, como fora do hospital.

Os professores foram excluídos desse núcleo temático desde o delineamento do projeto de pesquisa, porque não vivenciaram com os alunos o estágio na UTI.

Os relatos dos alunos que vivenciaram o atendimento ao paciente grave antes de participarem do estágio na UTI foram confrontados com os relatos dos alunos após o estágio

na UTI, emergindo, então, a categoria empírica “antes e depois da UTI: confrontando experiências”.

5.3.1 Antes e depois da UTI: confrontando experiências

Uma dos primeiros pontos que foram analisados pelos alunos foi o próprio ambiente adverso da UTI num primeiro contato. Essa questão, analisada sob o tópico “no início dá medo”, foi enfatizada pelos alunos tanto antes quanto depois da participação no estágio:

A gente tem uma noção de que a UTI é um paciente realmente grave, então que é uma coisa que assusta muito a gente principalmente enquanto aluno é ter esse contato com esse paciente grave... né? (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-3)

Bem, o contato que a gente tem com os pacientes da UTI de início assim, eu acho que choca muito a gente... (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-4)

(...) o primeiro impacto, a primeira semana, assim os primeiros 7, 5 dias, né, da gente (...) foi aquele choque né, muita coisa, paciente grave, né. Eu, eu pessoalmente não gostei, né, não (...). É um ambiente muito de é ... que você como médico né, a equipe toda tá com a mão amarrada... (ALUNO APÓS O ESTÁGIO NA UTI-7)

A ansiedade e a insegurança causadas num primeiro momento pela UTI já foram descritas anteriormente. Nos países onde a Terapia Intensiva já possui clara identidade acadêmica, os trabalhos com graduandos se iniciam com uma discussão em grupo para que se diminua a ansiedade existente para um aprendizado em uma UTI, uma vez que eles poderiam se sentir frustrados por sua não-familiaridade com a parte material-tecnológica que envolve esse ambiente, como monitores e ventiladores mecânicos, além da ansiedade e insegurança de lidar com pacientes gravemente enfermos. Fazê-los entender que só passarão a assumir responsabilidades de forma gradual, à medida que forem adquirindo experiência, faz parte da abordagem (ROGERS; GRENVIK; WILLENKIN, 1995).

A UTI é avaliada como um ambiente com potencial educacional de risco pela própria particularidade dos pacientes que nela se encontram: situações complexas que envolvem tanto o lado fisiológico, como tecnológico; o contraste com pacientes menos graves

em que há um maior tempo para se verificar a etiologia da enfermidade e o prognóstico. A diferença que existe entre o paciente da UTI que frequentemente está incapaz de se comunicar de maneira habitual, somado aos aspectos éticos comuns no dia-a-dia, poderiam levar os estudantes ao desinteresse. Esses riscos, se não forem devidamente trabalhados, podem reduzir a eficácia da experiência educacional (ROGERS, 2001).

Essa falta de acesso do graduando a um setor hospitalar diferente daquele aonde ele atua diariamente mas que faz parte da dinâmica diária do hospital como um todo, geram insegurança, medo, fantasias. Ao vivenciar essa nova rotina diariamente, a UTI é então desmistificada, e as impressões a seu respeito mais reais, pautadas em situações palpáveis, o que deixa os alunos com um olhar e postura crítica perante a essa nova experiência. O relato a seguir é elucidativo:

Porque primeira coisa, eu perdi o medo de UTI, eu tinha assim medo de UTI, eu achava UTI uma coisa do outro mundo e de repente eu vi que não é uma coisa tão inacessível assim, (...) eu nunca tinha entrado numa UTI, não sabia como é que era, só sei que eram pacientes graves (...), então eu fiquei, até fiquei assim receoso, né eu entrei na UTI e fiquei meio temeroso. Mas assim, eu achei muito agradável, (...) eu tinha uma visão de UTI assim como um lugar assim muito frio e pouco humanizado. Eu percebi que não é isso, acho que é a própria situação dos pacientes graves. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-2)

Em relação ao dia escolhido para ser descrito, os dias em que os alunos presenciaram situação de parada cardiorrespiratória e conseqüentemente ressuscitação cardiorrespiratória foram registrados de forma marcante nos dois grupos. Os aspectos relacionados à importância da formação apareceram de antemão, reportados tanto em vivências de desfecho positivo, quanto negativo. Nesse aspecto, não houve diferenças marcantes entre os dois grupos de entrevistados, podendo ser analisados conjuntamente no tópico “é preciso formação adequada”:

(...) o médico soube agir naquele momento, tirou a paciente entendeu, da, da... ela com certeza ela talvez fosse ao óbito se o médico não agisse a tempo. (...) . E ele salvou a vida dela, além disso, dele salvar a vida dela, ele ainda tomou a atitude correta, entendeu e sabia como proceder realmente. Isso que eu achei importante. (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-4)

Então realmente foi uma coisa que me tocou muito. De ver que ele pode salvar aquela vida ali graças ao que ele, ao que ele foi, ao que ele

é formado. Então foi uma coisa que me tocou muito... (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-3)

Eu já vi paciente morrendo (...) porque simplesmente porque o médico (...) não sabia fazer uma massagem cardíaca. Já vi paciente morrendo assim... (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-2)

Tá aí, talvez a falta de experiência por lidar com o paciente grave, ele acabou pass..., ele acabou passando muito tempo para ser reanimado, entendeu, e acabou entrando em coma. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-9)

A reflexão do aluno sobre a formação de médico, neste caso expressa quando participando de uma situação pontual decisiva para o paciente que é a ressuscitação cardiorrespiratória de um paciente em PCR, faz-se indispensável, na medida em que permite crítica sobre o papel do médico na sociedade. Essa visão crítica deverá estar presente durante toda a vida do egresso e é nessa longa estrada a percorrer que se baseia o currículo. O posicionamento crítico, expresso tanto de forma positiva, quanto negativa nos depoimentos acima, traduzem esse contexto.

Outra percepção adquirida na UTI é a questão multidisciplinar da Terapia Intensiva que tem origem na sua própria história. A necessidade de haver um local para os pacientes graves que necessitavam de suporte ventilatório mecânico, em especial após epidemia de poliomielite, em meados do século passado, fez com que a especialidade nascesse, inicialmente praticada pelos anestesistas nas salas de recuperação. Com o passar do tempo, outros especialistas assumiram esse tratamento, passando também a conduzir os pacientes graves como consequência de várias doenças associadas a muitas especialidades, o que faz da Terapia Intensiva uma área de convergência multidisciplinar e multiprofissional.

O graduando, após este contato ao vivo dentro da Unidade, percebe o que para os profissionais mais experientes é fato cotidiano, “a UTI é um time” :

Quer dizer, eu vi assim, a primeira vez que eu vi assim todo mundo trabalhando. Ficou muito centralizado lá todo o atendimento em cima dessa paciente (...) Assim, fizeram tudo lá na mesma hora, médico, as enfermeiras e auxiliares todos voltados a atenção para a paciente pra tentar estabilizar. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-8)

Eu achei importante pelo fato de eu nunca ter visto um caso tão grave, entendeu, e de todo assim, o desempenho da equipe que tava presente

nesse dia na UTI, que fizeram de tudo... (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-6)

A abordagem multidisciplinar enriquece a assistência na medida em que permite múltiplos olhares oriundos das diferentes áreas da saúde ao mesmo objeto, proporcionando ao estudante um indispensável senso de trabalho em equipe. Na UTI este trabalho multiprofissional e multidisciplinar já faz parte de seus primórdios. Essa necessidade de integração é tão absoluta que chega a ser comparada com um jogo em equipe: “A equipe da UTI é como um time de futebol: nunca será capaz de ganhar o jogo, se não houver uma perfeita integração dos diferentes jogadores” (ORLANDO, 2001, p.4).

Desta forma, estar num ambiente multidisciplinar tão explícito favorece a essa reflexão. Até mesmo o aluno antes do estágio curricular na UTI que acompanhou essa rotina de forma extracurricular, descreveu esse momento de integração da equipe quando relatou a ressuscitação cardiorrespiratória por ele presenciada. O aluno após o estágio da UTI descreveu uma outra situação, pois era um caso de insuficiência respiratória aguda, mas novamente a percepção do senso de equipe se fez presente.

A atuação do médico em equipe multiprofissional também faz parte das competências e habilidades específicas previstas pelas Diretrizes Curriculares (BRASIL.MEC.CNE., 2001). A oportunidade que o aluno tem, ao reconhecer a existência desta equipe e sua importância, lhe permite identificar que, ao se dividir as tarefas com compromisso, os resultados são indubitavelmente melhores. Essas noções iniciais são básicas para o início do trabalho profissional.

O contato com o paciente crítico especificamente na UTI gera outras formas de percepção, uma vez que não é apenas um contato pontual, como nos casos relatados acima de ressuscitação de um paciente em PCR. O aluno, uma vez em contato continuado com o paciente grave, acompanha sua evolução diariamente, estabelece uma relação médico-paciente inclusive com aqueles pacientes impossibilitados de expressar-se verbalmente ou por gestos, favorecendo reflexões diferentes daqueles com contato apenas momentâneo. O item “contato com a morte” aparece então com expressões diferentes entre os dois grupos de entrevistados:

Porque é... eu acho assim, é ... eu acredito que .. pronto. Foi a primeira reanimação que eu vi. Foi o primeiro paciente que chegou em estado gravíssimo agudo que eu vi. Foi o primeiro paciente que eu vi falecer na minha frente, por tudo isso eu acho que eu guardei... (ALUNO ANTES DO ESTÁGIO NA UTI-5)

Eu peguei meus dois pacientes, eu até então, todos esses períodos que eu passei com contato de paciente eu nunca tinha perdido um paciente. Então assim, eu... Poxa, eu cheguei no dia seguinte: cadê meu paciente? Vazio a mesa dele, a caminha dele, né. Puxa, morreu? Morreu. Eu tava esperando aquilo. Mas por mais que eu tava esperando, eu nunca pensei que ia ser no dia seguinte, né? (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-7)

Um dos que eu lembro foi o dia em que, eu me comovo muito, eu, eu acabo me, como é que eu digo é, eu acabo me envolvendo muito com meus pacientes, (...) e xxx (o paciente) ia ficar vegetando até o resto da vida ou senão ia morrer em poucos dias ali. Aquilo ali foi muito forte pra mim, entendeu. Foi muito forte porque eu chorei e não era pra eu chorar. Não era pra eu chorar de jeito nenhum, não podia fazer aquilo (...) mas aquilo me chocou muito. Eu falei assim: - Meu Deus, como é que eu quero ser médico e não saber lidar com uma situação dessa? (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-9)

A experiência do médico com a morte é algo inevitável ao longo da sua vida profissional. Evidentemente, dependendo do rumo profissional e especialidade adotada por cada profissional, a perda de um paciente virá com mais ou menos frequência, mas dificilmente não ocorrerá. A perda de um paciente que se está acompanhando é interpretada de forma diferente daquele que apareceu já em PCR no ato do primeiro contato com o paciente. As expressões no diminutivo transmitiram o carinho estabelecido na relação médico-paciente pelo aluno que participou do estágio na UTI. A “surpresa” do óbito veio na tentativa de negação no primeiro momento da perda, mesmo que esperada. Da mesma forma, o fato de a morte ser algo que provavelmente irá ocorrer num paciente que se está acompanhando é também motivo de emoção e reflexão do profissional, analisado por outro graduando após o estágio.

A fim de descrever a experiência de reflexão sobre os fatores que dificultam a comunicação entre os profissionais de saúde com os pacientes terminais, o trabalho de Gomes e colaboradores (2001), realizado na Universidade de Pernambuco, utilizou dramatização de um atendimento ao paciente terminal e posterior discussão com os alunos de medicina. Este trabalho concluiu que há consenso sobre o despreparo emocional dos alunos e docentes para enfrentar a morte, resultante de uma teia de fatores que vão da própria organização dos serviços de saúde, o processo de formação profissional e a própria falta de valorização da vida na sociedade atual, além dos fatores relacionados à própria história de vida do profissional médico que frequentemente a associa com o fracasso (GOMES et al., 2001).

Na mesma linha de pesquisa, o estudo de Vianna e Piccelli (1998), realizado no Hospital Universitário de Brasília, com o objetivo de determinar o perfil do estudante, do professor de medicina e do médico perante a morte e os paciente terminais e médicos, revela que o tema “morte” é de interesse para a grande maioria destes profissionais, mas que muitos experimentam algum grau de dificuldade para abordá-lo, em especial os estudantes. O estudo conclui a necessidade de atenção permanente ao tema, visando modificação no comportamento do estudante e do médico em lidar com a morte e com o paciente terminal (VIANNA; PICCELLI, 1998).

O artigo de Roderik MacLeod (2001) sobre o que significa cuidado com os pacientes terminais e o relato de experiências envolvendo 10 médicos de um hospital assistencial da Nova Zelândia, revelou que os entrevistados acharam que seu treinamento foi inadequado para prepará-los para o cuidado do paciente terminal. Em análise continuada sobre essa temática, o trabalho de MacLeod e colaboradores (2003), em que se analisou textos escritos pelos alunos após contato com paciente terminais após participarem de módulo de medicina paliativa, revelou que estes podem aprender com um programa voltado para o tema, influenciando sua forma de cuidar do paciente no futuro, quando médicos.

Na UTI a morte aparece além de mais freqüente, de várias maneiras: esperada, inesperada, súbita, paulatina, em jovens, idosos, devido às mais diversas patologias. O contato do aluno com a morte e a discussão das diversas formas de como olhá-la faz-se indispensável para a formação médica.

Da mesma forma, trabalhar a noção de limite que se faz presente em situações críticas e com desfecho desfavorável previsível é uma questão relevante. Num contato com paciente grave seqüenciado, como é na Unidade de Terapia Intensiva, o tópico “autolimites” aparece no dia-a-dia dos profissionais que nela trabalham e fez parte das reflexões de um aluno após o estágio nesta unidade:

Então eu me sentia muito, assim, é, impotente. Não podia fazer nada, né. Então eu só ia lá, via os sinais vitais e tal. Então aquilo era muito desestimulante para mim, porque eu já sabia o fim da história, né. Por mais aquela coisa ser médico e tal, então eu vi ali que eu tava sendo um médico mesmo só de fachada, que eu não ia poder salvar e não ia poder curar, né, só ia poder fazer aquelas coisas paliativas. Então eu aprendi, eu coloquei isso na minha cabeça que a gente tenta fazer o máximo como profissional na área médica, a gente vai e tal buscar, investigar as coisas, ver a melhor maneira de resolver a situação, mas que muitas das vezes a gente não consegue, né. Então assim, é.. eu

aprendi com a morte, ali, né, assim. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-7)

Reconhecer o autolimites é um desafio para o médico e apresentar e discutir em tempo real essas questões com o graduando dão início a um processo de reflexão permanente a esse respeito.

Mesmo para os pacientes em que a morte é algo considerado esperado, naqueles casos em que os esforços não estão sendo suficientes para reverter o agravo à saúde, a diferença entre o cuidar e o curar precisa ser lembrada. Em um profissional despreparado, a sensação de impotência nessas ocasiões pode afastá-lo do paciente, na tentativa de minimizar o sabor do fracasso. Manter o graduando perto de um caso de evolução desfavorável é importante para que ele perceba seu compromisso com o doente, e não com a doença; aspecto que faz parte dos primórdios da relação médico-paciente. Esse item: “diferença entre o cuidar e o curar” foi relatado no depoimento no grupo dos alunos após o estágio na UTI:

Olha , é ... teve assim o calor humano, né. Apesar que eu digo que a gente ficou impotente né, mas assim, eu, pelo menos procurei sempre tá lá com meus pacientes que faleceram, né, sempre tentando dar assistência né, na medida do possível, o que podia tá lá, analisava diurese, tudo, fazia balanço hídrico de todos eles. Eu aprendi assim, que a gente, a medicina é aquela coisa mesmo de tentar curar, né, não é sempre salvar... (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-7)

(...) eu nem consegui ter uma aproximação do paciente, eu fiquei com dois leitos, e fazendo evolução todos esses dias. Então uma coisa que eu percebi, que eu fui me interessando mais, eu fui ficando mais próximo, mesmo paciente grave, às vezes sedado, mas tive um contato mais próximo do paciente. Hoje eu tenho mais do que eu tive no, no primeiro dia. Eu acho isso importante. Então eu acho que isso é uma coisa boa. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-2)

Assim como nos outros itens destacados anteriormente, na prática do médico aparecem situações de reflexão sobre o ponto de vista ético de determinado momento ou caso, o que costuma aparecer para todos, independente da especialidade optada. A ética faz parte do dia-a-dia do médico, possui código específico e necessariamente tem que fazer parte da formação. A construção de um profissional, para que ele possa atuar pautado dentro dos princípios éticos, é um dos aspectos primeiramente descritos nas Diretrizes Curriculares (BRASIL.MEC.CNE., 2001).

No núcleo “percepções de vivência com o paciente grave”, exclusivamente os alunos que vivenciaram o estágio na UTI, abordaram o item “discussões sobre ética”:

E assim, ele parou, ... fez a, a ressuscitação, né, ele voltou e tal, mas a gente ficou assim: poxa, até que ponto vale a pena você brigar, (...), até que ponto você vale a pena você brigar, porque ia ser um xxx (paciente) que ia ficar vegetando né, e eu fiquei naquele conflito, a gente discutia, (...) (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-7)

Questões sobre ética estão presentes de um modo bastante intenso na UTI, face aos pacientes que nela se encontram: graves, muitos em coma, alguns em morte cerebral, entre outros. A exposição do graduando a situações em que haja reflexão sobre este assunto traz crescimento, na medida em que o conflito é peça fundamental para o amadurecimento do indivíduo e, conseqüentemente, do profissional.

Nesse sentido, as discussões éticas também sobre risco-benefício e custo-benefício fazem parte do dia-a-dia de qualquer especialidade médica. A UTI, devido ao arsenal tecnológico de ponta que possui, expõe freqüentemente os profissionais que nela trabalham a essas considerações. Esta questão “custo-benefício” também foi observada, analisada e descrita por um graduando após o estágio no setor :

Não é qualquer paciente que por estar num estado grave que eu vou mandar ele para Unidade de Terapia Intensiva, mas o paciente que realmente... né, a gente sabe que a disponibilidade de leitos é pequena, o gast ...os gastos na UTI são grandes. Então eu acho que o paciente tem que ter realmente indicação formal de ir pra lá. Não é qualquer paciente que tá... só porque está em estado grave, mas que eu possa monitorizar na enfermaria eu vou colocar ele na Unidade de Terapia Intensiva. (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-5)

Outra experiência vivenciada pelo grupo que participou do estágio foi o horário da visita dos familiares à UTI. Ao final do trabalho das vinte e quatro horas no tratamento do paciente crítico, o médico da UTI, como o de qualquer outra especialidade, precisa comunicar-se com os familiares e posicionar-se a respeito da evolução deste ente enfermo. Evidentemente que a expectativa para este momento na UTI é grande devido ao afastamento da família com o paciente que, na maioria das vezes, tem acesso a notícias no local somente uma vez por dia, além do sentimento de angústia numa evolução desfavorável de uma pessoa querida. É um momento delicado para os dois lados, tanto médico, quanto família. O profissional se vê no momento em que tem que unir compaixão, técnica, verdade, postura. Tudo isso reunido em um vocabulário compreensível para familiares dos mais diversos níveis socioculturais, oriundos das mais diversas experiências de formação e, ainda por cima,

emocionalmente abalados, quando não desconsolados. As habilidades de comunicação estão em constante debate na educação médica do Brasil e do mundo e fazem parte das Diretrizes Curriculares (BRASIL.MEC.CNE., 2001). A exposição do graduando a situações variáveis de comunicação com a família faz-se necessária, uma vez que dificilmente o graduado não encontrará em sua vida profissional uma situação adversa em que essa habilidade tenha que se expressar. O relato deste tópico: “notícias para a família” apresentou esse tom:

A forma de lidar com aquela questão de ser um paciente crítico, tal, aquela questão familiar (...) geralmente quando você tem um paciente crítico, a família tá toda aflita e você... é como você lidar com paciente oncológico, lidar com paciente em estágio terminal, geralmente pacientes em UTI são pacientes bem graves... e ter aquele direcionamento, saber conversar com a família, porque não é fácil pra um médico repassar informações negativas a respeito de um paciente. E que às vezes é necessário. Muito bom quando o paciente tá sempre melhorando, né? (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-5)

Talvez a grande diferença entre quem participa de forma esporádica e pontual com o paciente grave e o convívio diário com o mesmo, numa unidade específica como a UTI, esteja na possibilidade de presenciar toda essa sorte de aspectos conjuntamente: aspectos técnicos, humanos, éticos, familiares, de custo, de relacionamento, de limite, e tantos outros. Na UTI, são todos ao mesmo tempo e o tempo todo. A certeza de que as situações reais do dia-a-dia têm aspectos plurais e interrelacionados fica muito em evidência para quem participa de um contato mais próximo na UTI.

Esta construção do ser médico que necessariamente envolve todos esses aspectos reunidos se expressam e se expressarão em qualquer local de trabalho, em qualquer especialidade, quando na percepção de seu compromisso com o paciente em particular e com a sociedade no geral. A Terapia Intensiva, após um primeiro contato de “susto” e temor para os graduandos, favorece esse tipo de reflexão para a construção de competências e habilidades técnicas e humanas conjuntas, a serem levadas para fora dos muros da universidade:

Hoje eu sou capaz de chegar e sabe, de perguntar e sabe, de repente colher uma gasometria, fazer alguma coisa, sabe, eu tinha muito medo disso (...) não sabia como fazer, como me portar, não sabia nem a angulação da agulha... (ALUNO APÓS ESTÁGIO NA UTI-2)

A UTI como este espaço educacional para todas essas habilidades, já havia sido descrita e fez parte do referencial adotado neste estudo quando descritos os países onde a abordagem curricular na graduação é melhor estabelecida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se possa tecer considerações finais sobre esse estudo, faz-se necessário uma breve revisão dos objetivos e do processo metodológico que nortearam a pesquisa.

Nesse trabalho procurou-se estabelecer uma análise da Terapia Intensiva no contexto educacional da graduação médica na Universidade Federal do Maranhão.

Dentre os objetivos específicos da pesquisa, estavam: o de verificar a compreensão dos alunos e professores sobre o ensino da Terapia Intensiva na graduação médica da Universidade Federal do Maranhão, o de identificar o modelo de ensino do atendimento ao paciente grave na universidade em questão e o de comparar a percepção de vivência com o paciente crítico entre os alunos que participaram e não participaram do estágio na Unidade de Terapia Intensiva.

Em relação à compreensão de professores e alunos sobre o ensino da Terapia Intensiva na Universidade Federal do Maranhão, percebeu-se que o interesse dos sujeitos acerca da inclusão do estágio em Terapia Intensiva no currículo médico desta universidade é considerável, justificado por uma teia de fatores que tem início na oportunidade de acompanhar e conduzir o paciente grave e conhecer a UTI, o que consideram distante da sua realidade no curso médico, e de dar continuidade ao tratamento deste paciente. Em seguida, esse interesse se concretiza pela necessidade de que se estabeleçam competências e habilidades para um primeiro atendimento adequado ao paciente crítico, que varia desde o reconhecimento do paciente grave e a indicação de encaminhá-lo para um setor mais apropriado de suporte até os procedimentos corretos na abordagem inicial. Por fim, esse interesse se consolida pela certeza de que o contato com um paciente grave é algo que ocorrerá em algum momento na vida profissional de qualquer médico. Pela possibilidade de apresentar ao graduando essas questões básicas, a inclusão do estágio em Terapia Intensiva foi considerada como positiva por todos os sujeitos entrevistados.

Imaginou-se que o modelo de ensino do atendimento ao paciente grave na graduação médica da Universidade Federal do Maranhão é algo que necessita ser melhor debatido, uma vez que não houve homogeneidade nas respostas de como esse item é abordado. Dentre as discussões sobre esse módulo específico, destacou-se a importância da interdisciplinaridade e da prática médica como peças-chave para a formação do médico. Os professores, em especial, destacaram a necessidade de que haja também na Terapia Intensiva um programa voltado para o ensino que se ajuste às reais necessidades dos estudantes,

trazendo à tona o compromisso docente para que se estabeleçam de fato competências e habilidades.

Ao comparar situações de vivência com o paciente grave entre os alunos que participaram do estágio na UTI com os que ainda não tinham participado do estágio no setor, notou-se semelhanças e diferenças. Os dois grupos refletiram sobre a importância da formação para o atendimento adequado e constataram que tinham um primeiro contato com um paciente crítico na UTI. Ao manter um convívio diário com o paciente grave na UTI, a Unidade é de certa forma desmistificada, passa a fazer parte do núcleo hospitalar para o graduando e as impressões a seu respeito passam a ser menos imaginárias, mais reais.

Esse grupo específico que participou do estágio discursou outras reflexões do ser médico que versam sobre ética médica, a atuação da equipe multidisciplinar, a comunicação com o próprio paciente e seus familiares, aspectos ligados aos sentimentos do médico quando da perda do paciente, a diferença entre o cuidar e o curar, a noção de autolimites.

O pressuposto de que a Terapia Intensiva é uma especialidade médica que auxilia a formação do médico generalista ganha respaldo nesse trabalho. A UTI, mesmo sendo um ambiente considerado dentre os mais elevados na hierarquia hospitalar e, por conseqüência, muito especializado, trouxe ao graduando experiências e as considerações generalistas como as descritas acima, a serem aplicadas tanto em nível primário de assistência, quanto em secundário ou de ponta.

O aluno do curso de medicina que participa do estágio em Terapia Intensiva está mais apto a perceber o indivíduo em todas as suas fases enquanto doente, numa trajetória que tem início no seu meio biopsicossocial, passa pelo atendimento em nível ambulatorial, de internação em enfermaria e, por fim, atinge o estágio crítico. Todos os aspectos de natureza técnica e humana, vivenciados na UTI, proporcionaram uma visão mais ampla dos alunos.

Em um outro nível de discussão, com o movimento que passa a conceituar a saúde como bem-estar geral do indivíduo e não apenas como ausência de doença, um movimento natural pelas medidas de prevenção, o incentivo aos níveis primário e secundário de assistência são enfatizados nas Diretrizes Curriculares e estimulados pelos programas do governo. Um estágio na UTI poderia dar a impressão de algo na contramão do contexto atual.

Entretanto, as habilidades relacionadas ao médico com visão generalista, humanista, crítica e reflexiva foram consideradas tanto por alunos, como por professores, chegando à conclusão de que a Terapia Intensiva é uma especialidade que pode favorecer a formação do graduando na mesma trilha que o esperado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e pela sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1999. cap.5-7, p.111-178.
- AYRES, S.M.; MESSMER, J.; WASSERMAN, A. Undergraduate education in critical care medicine. **Critical Care Medicine**, v.20, n. 11, p.1506-1507, 1992.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Minuta de Resolução, de 3 de outubro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de graduação em Medicina. **BOLETIM ABEM**, p.9-11, set./dez.2001 .
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer CNE/CES 1133/2001. Relator: Éfrem de Aguiar Maranhão. 7 de ago. 2001. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/Sesu/ftp/ces/CES1133.doc>> Acesso em: 20 ago.2002.
- BRASIL. Ministério da Educação. Lei n.9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF, 20 dez.1996.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm>>. Acesso em: 4 out. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Hospitalar do SUS-Maranhão. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/cxma.def>> Acesso em: 20 jun. 2003.
- BRIANI, M.C. O ensino médico no Brasil está mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.25, n.4, p.73-77, set./dez.2001.
- BRZEZINSKI, I. (Org.). **LDB interpretada**: diversos olhares se entrecruzam. São Paulo: Cortez, 1997, 64p.
- BUCHMAN, T. G. et al. Undergraduate education in critical care medicine. **Critical Care Medicine**, v. 20, n. 11, p.1595 – 1603, 1992.
- CHIAVONE, P.A. Medicina Intensiva na graduação. **Atualidades AMIB**, n.28, p.20, abr./jun. 2003.
- CIVETTA, J.M.; VARON, A.J. Teaching medical students in the intensive care unit: an idea whose time has come – or gone? **Critical Care Medicine**, v.23, n.3, p.432-433, mar. 1995.
- COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Resolução n.05/79. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 1979. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/residencia/arquivos/legislacao.doc>> Acesso em: 23 set.2002.
- COSTA, J.I. Terapia Intensiva na UFC. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <appierre@box.elo.com.br> em 14 jul.2003.

CRITCHLEY, L.A.H. et al. An adaptation of the objective structured clinical examination to a final year medical student course in anaesthesia and intensive care. **Anaesthesia**, v.50, p. 354–358, abr.1995 .

CRUZ, C.H.C. **Competências e habilidades: da proposta à prática**. 2.ed. São Paulo: Loyola, 2001. 59 p. Coleção fazer e transformar.

ÉTIENNE, R.; LEROUGE, A. **Enseigner en collège et en lycée: Repères pour un nouveau métier** Paris: Armand Colin, 1997 apud PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999, 86p.

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE GRADUAÇÃO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS. **O currículo como expressão do projeto pedagógico: um processo flexível**. Niterói, 2000. 25f.

GARCIA-BARBERO, M.; SUCH, J.C. Teaching critical care in Europe: analysis of a survey. **Critical Care Medicine**, v.24, n. 4, p.696–704, 1996.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record , 1997, 112p.

GOLDWASSER, R. Educação em medicina intensiva uma tarefa para a AMIB e as universidades? **Atualidades AMIB**, n.27, p.1, jan./mar. 2003a.

_____. Como está a medicina intensiva na graduação médica? **Atualidades AMIB**, n.27, p.2, jan./mar. 2003b.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. 17.ed. Petrópolis: Vozes, 2000. cap.4, p.67-80.

GOMES, S.M.T.A. et al. Comunicação entre profissionais de saúde e pacientes terminais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 39., Belém. **Anais ...** Pará: Associação Brasileira de Ensino Médico, 2001. p.33.

GONÇALVES, E.L. Teorias da aprendizagem e educação médica. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**, v.51, n.3, p.106-111, 1996.

GRAHAM, C.A. Training in medical emergencies. **British Medical Journal**, v.309, n.6952, p.477, ago.1994.

GRAHAM, C.A; SCOLLON, D. Cardiopulmonary resuscitation training for undergraduate medical students: a five-year study. **Medical education**, v. 36, n.3, p.296- 298, 2002.

HARRISON, G.A. et al. The need for undergraduate education in critical care. (Results of a questionnaire to year 6 medical undergraduates, University of New South Wales and recommendations on a curriculum in critical care). **Anaesth Intensive Care**, v.27, n.1, p.53 – 58, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000-Resultados do Universo. Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelagrandes_regioes211.shtm> Acesso em: 01 jul.2003.

KNOBEL, E.; KÜHL, S.D. Organização e funcionamento das UTIs. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2.ed., São Paulo: Atheneu, 1999. cap.106, p.1315-1332.

LAMPERT, J.B. O currículo de graduação e o contexto da formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.7-19, jan./abr.2001

LUCE, J.M. Approach to the patient in a critical care setting. In: GOLDMAN, L.; BENNETT, J.C. **Cecil Textbook of Medicine**. 21.ed., Philadelphia: W.B.Company, 2000. cap. 91, p.483-485.

MACLEOD, R.D. On reflection: doctors learning to care for people who are dying. **Social Science & Medicine**, v.52, p.1719-1727, 2001.

MACLEOD, R.D. et al. Early clinical exposure to people who are dying: learning to care at the end of life. **Medical Education**, v.37, p.51-58, 2003.

MALINOSWSKI, B. Objeto, método e alcance desta pesquisa. In: GUIMARÃES, A.Z. **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1975 apud MINAYO, M.C.S. **Pesquisa qualitativa em saúde**. 5.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998. 269p.

MARIK, P.; KAUFMAN, D. Teaching medical students in the intensive care unit: building houses with no foundation. **Critical Care Medicine**, v.23, n.11, p.1933-1935, nov.1995.

MCAULEY, D.; PERKINS, G.D. Training in the management of the acutely ill medical patient. **Clinical Medicine**, v.2, n.4, p.323-326, jul./ago.2002.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa qualitativa em saúde**. 5.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998. 269p.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. 17.ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 80p.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001. 118 p.

MOREIRA, A.F.B. **Currículos e programas no Brasil**. Campinas: Papyrus, 1995 apud BRIANNI, M.C. O ensino médico no Brasil está mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.25, n.4, p.73-77, set./dez. 2001.

MURRAY, M.J.; ROGERS, P.L. Education in critical care medicine for medical students. **New Horizons**, v.6, n.3, p.244-247, ago.1998.

ORLANDO, J.M.C. et al. Terapia intensiva: trabalho em equipe. In: _____. **UTI: muito além da técnica: a humanização e a arte do intensivismo.** São Paulo: Atheneu, 2001. cap.1, p.3-7.

PALMISANO, J.; MCNALLY, D.; LIGAS, J. A critical care subinternship using the ICU as an applied physiology laboratory. **Academic Medicine**, v.74, n.5, p.585-586, maio1999.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artmed, 1999. 86p.

QUTUB, O.H. Where is critical care in today's undergraduate medical curriculum? **Saudi Medical Journal**, v.21, n.4, p.327-329, 2000.

REGO, S.T.A. **A prática na formação médica: o estágio extracurricular em um estudo de caso.** 1994. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

ROGERS, P.L.; GRENVIK, A.; WILLENKIN, R.L. Teaching medical students complex cognitive skills in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v.23, n.3, p.575-581, 1995.

ROGERS, P.L. Teaching medical students in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 23, n.11, p.1935, nov.1995.

ROGERS, P.L. et al. Medical students can learn the basic application, analytic, evaluative, and psychomotor skills of critical care medicine. **Critical Care Medicine**, v.28, n.2, p.550-554, fev.2000.

ROGERS, P.L. et al. Quantifying learning in medical students during a critical care medicine elective: a comparison of three evaluation instruments. **Critical Care Medicine**, v.29, n.6, p.1268-1273, 2001.

ROLFE, I.E.; SANSON-FISHER, R.W. Translating learning principles into practice: a new strategy for learning clinical skills. **Medical education**, v.36, p.345-352, 2002.

ROSA, A.R. Currículo mínimo dos cursos de graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n.20, v.1, p.5-6, jan./abr.1996.

SAFAR, P.; GRENVIK, A. Organization and physician education in critical care medicine. **Anesthesiology**, v.47 n.2, p.82-95, ago.1977.

SANTANA, J.P.; CRISTÓFARO, M.A.C. **Articulação ensino-serviço na área de saúde.**(Sl:s.n.),(2001?).Disponível:<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf>Acesso em 15 nov.2003.

SCHON, D.A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem.** Porto Alegre: Artmed, 1998, cap.1-2, p.15-45.

SHEN, J. et al. Survey of current status of intensive care teaching in English-speaking medical schools. **Critical Care Medicine**, v.31, n.1, p.293-298, 2003.

SILVA, T.T. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo.** 2.ed., 3.reimpressão. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 154p.

TAQUETTE, L. et al. Currículo paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de medicina da UERJ. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 40., Fortaleza. **Anais ...** Fortaleza: Associação Brasileira de Ensino Médico, 2002. p. 52–53.

TAYLOR, D.M. Undergraduate procedural skills training in Victoria: is it adequate? **Medical Journal Australian**, v.166, n.5, p.251-254, mar.1997.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1995. 175p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Resolução n.02/91-CA, de 28 de janeiro de 1991. **Aprova a criação do Hospital Universitário da UFMA e a sua estrutura provisória.** São Luís, 1991.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Minuta de Resolução n.03/95-CONSUN de 10 de março de 1995. **Aprova Reforma Curricular do Curso de Medicina desta Universidade e dá outras providências.** São Luís, 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.Coordenadoria do curso de medicina. **Relatório para avaliação do MEC 2000.** São Luís, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.Departamento de Medicina II. **Lista de oferta de disciplinas.** São Luís, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.Departamento de Saúde Pública. **Lista de oferta de disciplinas.** São Luís, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.Departamento de Morfologia. **Lista de oferta de disciplinas.** São Luís, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.Departamento de Biologia. **Lista de oferta de disciplinas.** São Luís, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.Departamento de Medicina I. **Lista de oferta de disciplinas.** São Luís, 2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.Departamento de Medicina III.Clínica Médica III. **Rodízio de especialidades.** São Luís, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.Graduação Medicina.**Estrutura curricular-sequência aconselhada.** Disponível em <http://www.ufma.br/graduacao/medicina/estrutura.php>. Acesso em: 12 set. 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Internato em Medicina Interna-MED01175. **Plano de ensino 2001/2**. Disponível em: <<http://www.famed.ufrgs.br/disciplinas/med01175.htm>> Acesso em: 04 jul. 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Faculdade de Medicina. **Currículo a ser cumprido pelos alunos de 1994/2 a...** Disponível em: <<https://146.164.247.9/repositorio-curriculo/ListaCursos.html>> Acesso em 01 jul. 2003.

UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA. Curso de Medicina. **Grade curricular implantada no 1. semestre de 1995**. Vassouras, 2003.

VIANNA, A.; PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Revista de Assistência Médica Brasileira**, v.44, n.1, p.21-27, 1998.

WEINMANN, M. Teaching medical students. **Critical Care Medicine**, v.24, n.7, p. 1276 – 1277, jul.1996.

YAMANO, E.Y.S. Estágios extracurriculares do estudante de medicina da UFPA. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 39., Belém. **Anais...** Pará: Associação Brasileira de Ensino Médico, 2001. p. 99.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS ALUNOS DO SEXTO ANO DO CURSO DE MEDICINA QUE PARTICIPARAM DO ESTÁGIO EM TERAPIA INTENSIVA DA UFMA

1) Dados de identificação:

a) Idade:

b) Sexo:

c) Período:

d) Quais são os seus planos profissionais para depois da graduação?

2) Interesse e utilidade da Terapia Intensiva na graduação médica .

a) Recentemente, a Unidade de Terapia Intensiva é mais um local de estágio para os alunos do sexto ano da UFMA. O que você acha dessa inclusão?

b) Você me disse que pretende fazer xxxxxxxxxx (plano profissional). Você acha que houve alguma coisa que foi abordada no estágio em Terapia Intensiva que servirá para a sua vida profissional? O quê ?

3) Ensino do atendimento ao paciente grave.

a) Como você caracteriza um paciente que precisa ir para a UTI?

b) Quais são as prioridades no atendimento desse paciente antes de ele chegar na UTI?

c) Como essas questões foram trabalhadas na graduação?

4) Percepção de vivência com o paciente grave na UTI.

a) Lembre-se de um dia marcante do seu estágio na UTI. Conte-me o que ocorreu nesse dia. Por que esse dia foi importante para você?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS ALUNOS DO SEXTO ANO DO CURSO DE MEDICINA QUE NÃO PARTICIPARAM DO ESTÁGIO EM TERAPIA INTENSIVA DA UFMA

1) Dados de identificação:

a) Idade:

b) Sexo:

c) Período:

d) Quais são os seus planos profissionais para depois da graduação?

2) Interesse e utilidade da Terapia Intensiva na graduação médica .

a) Recentemente, a Unidade de Terapia Intensiva é mais um local de estágio para os alunos do sexto ano da UFMA. O que você acha dessa inclusão?

b) Você me disse que pretende fazer xxxxxxxxx (plano profissional). Você acha que haverá alguma coisa que será abordada no estágio em Terapia Intensiva que servirá para a sua vida profissional? O quê?

3) Ensino do atendimento ao paciente grave.

a) Como você caracteriza um paciente que precisa ir para a UTI?

b) Quais são as prioridades no atendimento desse paciente antes de ele chegar na UTI?

c) Como essas questões foram trabalhadas na graduação?

4) Percepções da vivência com o paciente grave.

a) Lembre-se de um dia marcante em que você presenciou um atendimento de um paciente grave. Conte-me o que ocorreu nesse dia. Por que esse dia foi importante para você ?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFESSORES DO CURSO DE MEDICINA DA UFMA

1) Dados de identificação:

a) Idade:

b) Sexo:

c) Área da disciplina que ensina no curso de medicina:

e) Anos de docência:

2) Interesse e utilidade da Terapia Intensiva na graduação médica.

a) Recentemente, a Unidade de Terapia Intensiva é mais um local de estágio para os alunos do sexto ano da UFMA. O que você acha dessa inclusão?

b) Você acha que existe alguma coisa que é abordado no estágio em Terapia Intensiva que serve para a formação do médico generalista? O quê?

3) Ensino do atendimento ao paciente grave.

a) Como são abordadas as questões do primeiro atendimento e do encaminhamento do paciente grave na graduação?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada “Terapia Intensiva na Graduação Médica: um estudo na Universidade Federal do Maranhão” será realizada para elaboração de dissertação do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão. Esta pesquisa tem como orientadores o prof. Dr. Gutemberg Fernandes de Araújo e o prof. Dr. César Augusto Castro e como pesquisadora Ana Paula Pierre de Moraes, médica intensivista do Hospital Universitário Presidente Dutra.

A pesquisa tem como objetivo principal avaliar a compreensão da Terapia Intensiva como um espaço de formação para o graduando em medicina pela Universidade Federal do Maranhão.

Essa pesquisa será executada sob a metodologia qualitativa no primeiro semestre de 2003. Serão analisadas as entrevistas de professores do curso de medicina e alunos do sexto ano do curso de medicina da Universidade Federal do Maranhão, gravadas em fita K-7 e transcritas posteriormente. Declaramos que serão preservados a privacidade e o anonimato do entrevistado, cuja participação tem um caráter voluntário. O entrevistado tem a liberdade de interromper a entrevista e questionar a entrevistadora sobre as questões que julgar pertinentes. É garantida a liberdade de deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalidade. O participante tem o direito de conhecer os resultados da pesquisa .

A sua contribuição é fundamental para a produção de novos conhecimentos científicos sobre a área em questão. Ressalta-se que as informações obtidas por essa investigação serão utilizadas exclusivamente para trabalho(s) científico(s), não oferecendo, portanto, possibilidade de risco, dano moral ou financeiro aos participantes . A sua participação é muito importante .

Declaro que compreendi as informações que li, ficando claros os propósitos da pesquisa e as garantias de confidencialidade. Concordo voluntariamente em participar desse estudo, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos .

São Luís , / /,

Assinatura do pesquisado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido do entrevistado para a participação neste estudo.

.....

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

DIRETRIZES CURRICULARES

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

MINUTA DE RESOLUÇÃO

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "C", da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Sr. Ministro da Educação em 03 de Outubro de 2001.

RESOLVE:

Art. 1º - A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º - As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º - O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Art. 4º - A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- I. **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II. **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III. **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV. **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V. **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- VI. **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º - A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I. Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- II. Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- III. Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- IV. Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- V. Realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

- VI. Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- VII. Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- VIII. Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- IX. Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- X. Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
- XI. Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- XII. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- XIII. Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- XIV. Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- XV. Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnicos-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
- XVI. Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
- XVII. Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

- XVIII. Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
- XIX. Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
- XX. Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
- XXI. Atuar em equipe multiprofissional;
- XXII. Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único - Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º - Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

- I. Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- II. Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- III. Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- IV. Compreensão e domínio da propedêutica médica - capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
- V. Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;
- VI. Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos - gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e

do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

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

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

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

Art. 8º - O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º - O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

t. 10 - As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interação, preservação, reforço, fomento e fusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

Parágrafo 1º - As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

Parágrafo 2º - O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11 - A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12 - A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I. Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos in-

divíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II. Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III. Incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV. Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V. Inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI. Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII. Propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato;

VIII. Vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Art. 13 - A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Parágrafo 1º - As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

Parágrafo 2º - O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

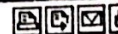
Art. 14 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, 03 de outubro de 2001.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da CES/CNE



Universidade Federal do Maranhão



- Medicina
- Informações Gerais
- Coordenador do Curso
- O Profissional
- Estrutura Curricular**

Graduação » Medicina

ESTRUTURA CURRICULAR – SEQUÊNCIA ACONSELHADA

1º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMEN
Anatomia I	90	Morfologia
Biofísica	60	Ciências Fisiológ
Bioquímica	120	Ciências Fisiológ
Educação Física (Prática Desportiva)	30	Educação Físic
Histologia Básica (Histologia/Citologia)	105	Morfologia
Introdução à Saúde Pública	45	Saúde Públic

2º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMEN
Anatomia II	90	Morfologia
Educação em Saúde – Saneamento	60	Saúde Pública
Fisiologia I	105	Ciências Fisiológ
Histologia Aplicada à Clínica	90	Morfologia
Imunologia	60	Patologia

3º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMENTC
Anatomia Aplicada à Clínica	120	Morfologia
Bioestatística	60	Saúde Pública
Deontologia Médica	30	Patologia
Fisiologia II	105	Ciências Fisiológica
Microbiologia	90	Patologia

4º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMENTO
Parasitologia	120	Patologia
Psicologia Médica	60	Psicologia
Patologia Geral	75	Patologia
Semiologia I	225	Medicina I

5º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMENTO
Anatomia Patológica	240	Medicina I
Embriologia Humana	90	Morfologia
Farmacologia Geral	90	Ciências Fisiológicas
Semiologia II	120	Medicina I

6º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMENTO
Clínica Dermatológica	60	Medicina
Clínica Médica I (Gastroenterologia/ Cardiologia/ Pneumologia/Hematologia)	240	Morfologia
Clínica Radiológica	60	Medicina
Epidemiologia	60	Saúde Pública
Genética	60	Biologia

7º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMENTO
Clínica Médica II (Neurologia/ Endocrinologia/ Reumatologia/Nefrologia)	240	Medicina
Clínica Psiquiátrica e Psicopatologia	90	Medicina
Farmacologia Especial	120	Ciência Fisiológica
Nutrição	45	Saúde Pública

8º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMENTO
Clínica Cirúrgica I (Anestesiologia/ Técnica Operatória/ Cirurgia Experimental)	240	Medicina
Doenças Infecciosas e Parasitárias	150	Patologia
Métodos e Téc. de Estudo e Pesq. Bibliográfica	60	Biblioteca
Saúde de Trabalhador	45	Saúde Pública

9º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMENTO
Administração em Saúde	120	Saúde Pública
Clínica Cirúrgica II (Urologia/ Oftalmologia/ Otorrinolaringologia)	240	Medicina
Medicina Legal	60	Patologia
Traumato-Ortopedia	90	Medicina

10º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMENTO
------------	----	--------------

Clínica Ginecológica	90	Medicina III
Clínica Obstétrica	150	Medicina III
Clínica Pediátrica	240	Medicina III

11º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAMI
Clínica Cirúrgica (Estágio Curricular - Superv.)	585	Medicina
Clínica Médica (Estágio Curricular - Superv.)	585	Medicina
Internato Rural (Estágio Curricular - Superv.)	225	-

12º SEMESTRE

DISCIPLINA	CH	DEPARTAM
Clínica Pediátrica (Estágio Curricular - Superv.)	585	Medicina
Clínica Toco-Ginecológica (Estágio Curricular - Supervisionado)	585	Medicina

Melhor Visualização 800x600 (16 bits)

ANEXO C - APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Senhor Coordenador e Senhores Membros,

O projeto de Dissertação em apreço, de autoria da médica Ana Paula Pierre de Moraes intitula-se "Terapia Intensiva na Graduação Médica: Um Estudo na Universidade Federal do Maranhão".

Apresenta como objetivo geral, avaliar a compreensão da Terapia Intensiva como um espaço na formação do graduando em Medicina pela UFMA e como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada.

Compõe-se dos seguintes itens: Introdução (Justificativa e Revisão de Literatura), Objetivos, Metodologia, Cronograma, Referências e Apêndices (roteiros de entrevista), descritos de forma detalhada e ordenada.

O projeto está também instruído com folha de rosto para pesquisa com seres humanos devidamente preenchida, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Currículo do pesquisador responsável (CNPq), atendendo, pois, as exigências da Resolução Nº 196/96 do CNS-MS.

Finalizando, ressalta-se a relevância social do tema, que se materializa numa perspectiva mais ampla, já que vem contribuir sobremaneira na avaliação da educação médica desenvolvida neste Hospital.

Pelo exposto, somos de parecer favorável a aprovação do projeto supra, por este CEP.

São Luís, 15 de janeiro de 2003

Geisa Beltrão dos Reis Viana
Relatora

Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Universitário da UFMA
aprovado em reunião de:

15/01/03.

R.A.S.
Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva
Coordenador do CEP

ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DO PROJETO PELA DIRETORIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMA

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)

1. Projeto de Pesquisa: TERAPIA INTENSIVA NO CURSO DE GRADUAÇÃO MÉDICA: UM ESTUDO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO				4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) N	
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso): 1) MEDICINA / EDUCAÇÃO		3. Código: 4.01/7.08		7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) 00003		6. Código(s):			
8. Unitermos: (3 opções) TERAPIA INTENSIVA / GRADUAÇÃO MÉDICA					
SUJEITOS DA PESQUISA					
9. Número de sujeitos No Centro: 50 Total: 50		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) <input checked="" type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica ()			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL					
11. Nome: GUTEMBERG FERREZ DE SAUSO					
12. Identidade: 319174948		13. CPF: 18022863300		19. Endereço (Rua, n.º): MINAGEM DO SOL, 27/601 PENSACONS II.	
14. Nacionalidade: BRA		15. Profissão: Med/Dia.		20. CEP: 65075760	
16. Maior Titulação: Doutor		17. Cargo: Professor		21. Cidade: São Luís	
18. Instituição a que pertence: Universidade Federal, MA		23. Fone: 2359064		22. UF: MA	
25. Email: gutenberg@ufma.br					
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 10/01/03					
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO					
26. Nome: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO LUIS - BARRIO ITARANI 227					
27. Unidade/Orgão: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA		29. Endereço (Rua, n.º): MINAGEM DO SOL, 27/601 PENSACONS II.		31. Cidade: São Luís	
28. Participação Estrangeira: Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/>		30. CEP: 65075-070		32. UF: MA	
33. Fone: 2191000		34. Fax:			
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)					
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo: _____ Data: _____ Rosa Maria de Jesus Gomes DIRETORIA GERAL EM EXERCÍCIO					
PATROCINADOR					
36. Nome:					
37. Responsável:		39. Endereço:		42. UF:	
38. Cargo/Função:		40. CEP:		41. Cidade:	
		43. Fone:		44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP					
45. Data de Entrada:		46. Registro no CEP:		47. Conclusão: Aprovado ()	
				48. Não Aprovado ()	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: _____ Data: / / _____ Data: / / _____					
Encaminhado a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / / _____		53. Coordenador/Nome: _____ Assinatura		Anexar o parecer consubstanciado	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP					
54. Nº Expediente:		56. Data Recebimento:		57. Registro na CONEP:	
55. Processo:					
58. Observações:					

HUUFMA

RUA BARÃO I... 227 - CENTRO
SÃO LUIS-MA 65030-905

23/04-0018 103

DATA	DISTRIBUIÇÃO
10/01/03	DIAEPE