



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Gélcio Sisteroli de Carvalho

**ENCONTRO CLÍNICO NO MODELO BIOPSISSOCIAL:
AUTOPERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**

**GOIÂNIA - GOIÁS
2010**

Gélcio Sisteroli de Carvalho

**ENCONTRO CLÍNICO NO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL:
AUTOPERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de concentração:
Dinâmica do Processo Saúde-Doença

Orientador:
Prof. Dr. Celmo Celeno Porto

Co-orientadora:
Profa. Dra. Sandramara Matias Chaves

**GOIÂNIA - GOIÁS
2010**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG**

C331e Carvalho, Gécio Sisteroli de
Encontro clínico no modelo biopsicossocial [manuscrito]:
autopercepção dos acadêmicos de medicina da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás / Gécio Sisteroli de
Carvalho. - 2010.
220 f.: figs., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Celmo Celeno Porto.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Medicina, 2010.
Bibliografia.

1. Educação Médica. 2. Avaliação Educacional. 3.
Prática Profissional. 4. Currículo. 5. Relações Médico-
Paciente. 6. Autopercepção. 7. Aprendizagem. I. Título

CDU: 61:378.14

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

**“ENCONTRO CLÍNICO NO MODELO BIOPSISSOCIAL: AUTOPERCEPÇÃO DOS
ACADÊMICOS DE MEDICINA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
GOIÁS”**

Doutorando: Gélcio Sisteroli de Carvalho

Membros:

1. Professor Dr. Celmo Celeno Porto (Presidente)

2. Professora Dra. Jadete Barbosa Lampert

3. Professor Dr. Flávio José Dantas de Oliveira

4. Professora Dra. Rita Francis Gonzalez y Franco Branco

5. Professora Dra. Nilce Maria da Silva Campos Costa

Suplentes:

1. Professor Dr. Vardeli Alves de Moraes

2. Professora Dra. Maria Alves Barbosa

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás**

Data: 30/11/2010

*E não vos conformeis com este mundo, mas transformai-vos pela renovação do vosso entendimento, para que experimenteis qual seja a boa, agradável e perfeita vontade de Deus.
(Rom. 12-2)*

Agradecimentos

Ao lembrar o meu DEUS e o dom da vida, aproveito para registrar meus profundos agradecimentos às seguintes pessoas e Instituições:

À minha esposa Iracema e aos meus filhos, Gustavo e Renata, pelo respeito, apoio e compreensão.

Ao Professor Dr Celmo Celeno Porto, muito mais que orientador, amigo e cúmplice, com o qual tive a satisfação e o privilégio de conviver nestes últimos anos. Sua seriedade no trabalho, sua competência e seus princípios éticos e de moral elevada superaram em muito a relação acadêmica orientador-orientando.

À Professora Dra Sandramara Matias Chaves, minha pedagoga orientadora, pelas discussões, orientações e amizade dispensadas durante a reestruturação do projeto político-pedagógico da PUC Goiás e desta Tese.

A todos os professores da Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, pelas orientações e sugestões.

Às amigas e competentes secretárias do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG, Valdecina Quirino Rodrigues e Raquel Pereira Vargas.

Ao engenheiro programador de sistemas, Renato, pelo auxílio no desenvolvimento informacional do *Software*.

Aos professores da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Antônio Wilson Soares de Oliveira e Edesio Martins, pela amizade e orientações nas análises estatísticas da Tese.

Aos professores e acadêmicos de medicina da PUC Goiás que participaram e contribuíram nas diferentes etapas da pesquisa.

Ao Professor Paulo Luiz Carvalho Francescantonio pelo inestimável apoio, incentivo e participação direta na pesquisa como Diretor do Departamento de Medicina da PUC Goiás.

Às colegas e amigas da Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, Dra. Elizabeth Silva de Oliveira Araújo, Magna Maria de Carvalho e Carla Cristina Somenzi Spirandelli pelo apoio e compreensão.

Aos Professores Dr. Vardeli Alves de Moraes, Dra. Nilce Maria da Silva Campos Costa, Dra. Maria Alves Barbosa, Dra. Rita Francis Gonzalez y Franco Branco e Dr. Geraldo Francisco do Amaral, pelas participações como avaliadores na Qualificação da minha Tese, realizada no dia 13 de outubro de 2010 na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, o meu respeito e agradecimento pelas considerações construtivas.

Aos Professores Dr. Celmo Celeno Porto (Orientador), Dra. Sandramara Matias Chaves (Co-orientadora), Dra. Jadete Barbosa Lampert, Dr. Flávio José Dantas de Oliveira, Dr. Vardeli Alves de Moraes, Dra. Nilce Maria da Silva Campos Costa, Dra. Rita Francis Gonzalez y Franco Branco e Dra. Maria Alves Barbosa, por terem aceito participar da minha Banca de Tese de Doutorado, dia 30 de novembro de 2010 na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, demonstrando profissionalismo e amizade.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	23
3. METODOLOGIA	24
4. PUBLICAÇÕES	42
4.1. O CURSO DE MEDICINA DA PUC GOIÁS: NOVO PARADIGMA NA FORMAÇÃO MÉDICA	42
RESUMO	42
ABSTRACT	43
MOMENTO HISTÓRICO	44
O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA PUC GOIÁS	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	61
4.2. CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AUTOPERCEPÇÃO PARA AVALIAR O ENCONTRO CLÍNICO	64
RESUMO	64
ABSTRACT	65
INTRODUÇÃO	66
OBJETIVO	70
METODOLOGIA	70
RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83

REFERÊNCIAS	83
ANEXO 1 – PROTOCOLO ACADÊMICO DA PESQUISA	87
4.3. AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AUTOPERCEPÇÃO DO ENCONTRO CLÍNICO NO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL	101
RESUMO	101
ABSTRACT	102
INTRODUÇÃO	104
OBJETIVOS	108
METODOLOGIA	108
RESULTADOS E DISCUSSÃO	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	136
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
6. REFERÊNCIAS	144

Índices das figuras

INTRODUÇÃO

Figura 1 – Fluxograma do Curso de Medicina da PUC Goiás. 19

METODOLOGIA

Figura 2 – Etapas da pesquisa. 26

Figura 3 – Dimensões, facetas e indicadores (graus) da pesquisa. 28

Figura 4 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial. 36

Figura 5 – Fluxograma (após parecer favorável do CEP). 41

ARTIGO 1 - O CURSO DE MEDICINA DA PUC GOIÁS: NOVO PARADIGMA NA FORMAÇÃO MÉDICA

Figura 1 – Semana pedagógica do Curso de Medicina da PUC Goiás (práticas pedagógicas – PBL e Problematização). 54

Figura 2 – Esquema do arco de Charles Maguerez. 55

Figura 3 – Semana pedagógica do Curso de Medicina da PUC Goiás (corte transversal com momentos inter e transdisciplinares). 56

ARTIGO 2 - CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AUTO PERCEPÇÃO PARA AVALIAR O ENCONTRO CLÍNICO

Figura 1 – Instrumento de autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial. 78

Figura 2 – Cadastro das etapas da pesquisa e dos sujeitos no Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial. 81

Figura 3 – Cadastro das respostas dos sujeitos no Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial. 81

Figura 4 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa). 82

ARTIGO 3 - AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AUTOPERCEPÇÃO DO ENCONTRO CLÍNICO NO MODELO BIOPSISSOCIAL

Figura 1 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).	114
Figura 2 – Fluxograma (após parecer favorável do CEP).	116
Figura 3 – Relação do Teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer (Cramer's V), no grupo do estudo, na Dimensão Biomédica.	118
Figura 4 – Evolução percentual nas duas etapas, por faceta, na Dimensão Biomédica.	119
Figura 5 – Relação do Teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer (Cramer's V), no grupo do estudo, na Dimensão Cognitiva.	121
Figura 6 – Evolução percentual nas duas etapas, por faceta, na Dimensão Cognitiva.	121
Figura 7 – Relação do Teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer (Cramer's V), no grupo do estudo, na Dimensão Ecológica.	122
Figura 8 – Evolução percentual nas duas etapas, por faceta, na Dimensão Ecológica.	123
Figura 9 – Relação do Teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer (Cramer's V), no grupo do estudo, na Dimensão Psicológica.	125
Figura 10 – Evolução percentual nas duas etapas, por faceta, na Dimensão Psicológica.	125
Figura 11 – Relação do Teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer (Cramer's V), no grupo do estudo, na Dimensão Bioética.	126
Figura 12 – Evolução percentual nas duas etapas, por faceta, na Dimensão Bioética.	127
Figura 13 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – sujeitos 1 a 9.	132
Figura 14 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – sujeitos 10 a 18.	133
Figura 15 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – sujeitos 19 a 27.	134

Figura 16 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – sujeitos 28 a 36.	135
Figura 17 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – sujeitos 37 a 39.	136

Anexos

ANEXO 1. PROTOCOLO ACADÊMICO DA PESQUISA	152
ANEXO 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	168
ANEXO 3. PARECER FAVORÁVEL DO CEP/SCMG	171
ANEXO 4. PRONTUÁRIO ACADÊMICO (ADAPTADO)	172
ANEXO 5. PROGRAMA INFORMACIONAL (<i>Project2</i>)	178
ANEXO 6. COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO	181
ANEXO 7. DIAGRAMAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA (DUAS ETAPAS)	182
Figura 1 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj1.	182
Figura 2 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj2.	183
Figura 3 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj3.	184
Figura 4 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj4.	185
Figura 5 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj5.	186
Figura 6 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj6.	187

Figura 7 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj7.	188
Figura 8 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj8.	189
Figura 9 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj9.	190
Figura 10 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj10.	191
Figura 11 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj11.	192
Figura 12 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj12.	193
Figura 13 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj13.	194
Figura 14 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj14.	195
Figura 15 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj15.	196
Figura 16 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj16.	197
Figura 17 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj17.	198
Figura 18 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj18.	199
Figura 19 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj19.	200
Figura 20 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj20.	201
Figura 21 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj21.	202

Figura 22 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj22.	203
Figura 23 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj23.	204
Figura 24 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj24.	205
Figura 25 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj25.	206
Figura 26 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj26.	207
Figura 27 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj27.	208
Figura 28 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj28.	209
Figura 29 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj29.	210
Figura 30 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj30.	211
Figura 31 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj31.	212
Figura 32 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj32.	213
Figura 33 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj33.	214
Figura 34 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj34.	215
Figura 35 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj35.	216
Figura 36 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj36.	217

Figura 37 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj37.	218
Figura 38 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj38.	219
Figura 39 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – suj39.	220

Siglas e Abreviaturas

- ABEM** – Associação Brasileira de Educação Médica
- AC** – Arte Clínica
- aC** – antes de Cristo
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AI** – Atividade Integradora
- AIEDP** – Atividade de Integração do Eixo de Desenvolvimento Pessoal
- AIS** – Ações Integradas de Saúde
- APC** – Atividade Pedagógica Complementar
- CAIS** – Centro de Atenção Integral à Saúde
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CBB** – Departamento de Ciências Biológicas e Biomédicas
- CEB** – Casa do Estudante do Brasil
- CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa
- CES** – Câmara de Educação Superior
- CETPI** – Caso do Eixo Teórico Prático Integrado
- CFE** – Conselho Federal de Educação
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CINAEM** – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
- CIS** – Comissões Inter-institucionais de Saúde
- CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho
- CNBB** – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
- CNDSS** – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde
- CNE** – Conselho Nacional de Educação
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- COBEM** – Congresso Brasileiro de Educação Médica

CREMEGO – Conselho Regional de Medicina de Goiás
DA – Diretórios Acadêmicos
DCE – Diretório Central dos Estudantes
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DOU – Diário Oficial da União
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
E - Ética
EDP – Eixo de Desenvolvimento Pessoal
ENADE – Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ESF – Estratégia Saúde da Família
ETPI – Eixo Teórico-Prático Integrado
FEPAFEM – Federação Panamericana de Faculdades de Medicina
HDA – História da Doença Atual
HDT – Hospital de Doenças Tropicais
HGG – Hospital Geral de Goiânia
HMI – Hospital Materno Infantil
HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia
IES – Instituição de Ensino Superior
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MBE – Medicina Baseada em Evidências
MBV – Medicina Baseada em Vivências
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica do SUS
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAHO – *Pan-American Health Organization*
PASW – *Predictive Analytics SoftWare*
PBL – *Problem-Based Learning*

- PET** – Programa de Educação Tutorial
- PET-SAÚDE** – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
- PNE** – Plano Nacional de Educação
- PROMED** – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Medicina
- PRÓ-SAÚDE** – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
- PUC Goiás** – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- SBPC** – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
- SCMG** – Santa Casa de Misericórdia de Goiânia
- SENAC** – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
- SENAI** – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
- SESu** – Secretaria de Educação Superior
- SGC** – Sociedade Goiana de Cultura
- SGTES** – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
- SINAES** – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
- SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UABSF** – Unidade de Atenção Básica Saúde da Família
- UCG** – Universidade Católica de Goiás
- UFG** – Universidade Federal de Goiás
- UNE** – União Nacional dos Estudantes
- UNESCO** – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*
- URSS** – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
- USAID** – *United States Agency for International Development*
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva
- WFME** – *World Federation for Medical Education*
- WHO** – *World Health Organization*
- WSME** – *World Summit on Medical Education*

Resumo

Introdução: o projeto pedagógico do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás surgiu da experiência de, aproximadamente, 30 anos. Foi materializado em 2005, com o parecer de autorização do Conselho Nacional de Educação, após a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Com isso, a necessidade de aprofundar o estudo com o desenvolvimento dos processos avaliativos capazes de auxiliar a identificação, o acompanhamento e a efetivação das mudanças na formação médica. O pressuposto teórico adotado na pesquisa sustenta a viabilidade de quantificar a atuação profissional no encontro clínico.

Objetivos: avaliar alguns componentes do encontro clínico no modelo biopsicossocial; construir um instrumento de autopercepção deste encontro; testar o instrumento de avaliação nesta vivência; e quantificar as variáveis categóricas da pesquisa em uma turma de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Metodologia: pesquisa quantitativa, longitudinal e coorte prospectiva. O grupo do estudo foi composto por 39 acadêmicos da V Turma de Medicina da PUC Goiás e a pesquisa constituída de duas etapas com um intervalo de 1 ano entre as aplicações dos dois protocolos acadêmicos, após a conclusão da unidade de Semiologia Médica. As dimensões avaliadas na pesquisa foram: biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética. O instrumento de avaliação foi construído com 5 dimensões, 18 facetas e 72 indicadores, divididos em blocos de quatro alternativas para cada faceta, escalonadas em graus, zero, 1, 2 ou 3. Quanto maior o grau, maior a complexidade voltada para o modelo biopsicossocial, representada pelo programa informacional desenvolvido pelo pesquisador, denominado *Project2*.

Resultados: por meio de um perfil radial, circular, com um ponto central e três áreas com raios crescentes, graduadas por diferentes tonalidades de cor, foi possível representar o encontro clínico utilizando a autopercepção dos sujeitos. Os resultados serviram para testar a consistência do *software*, com controle de qualidade para todas as respostas. Utilizando a estatística descritiva, o crescimento do desempenho do

grupo do estudo foi observado matematicamente, quando comparadas as respostas em porcentagem nas duas etapas da pesquisa. Houve associação fraca entre as variáveis categóricas (facetas) utilizando a relação do teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer, com exceção das facetas: Análise Crítica ($p \chi^2 = 0,002$); Determinantes Sociais de Saúde ($p \chi^2 = 0,007$); e Promoção da Saúde ($p \chi^2 = 0,049$). Na autopercepção, tomando como referências as respostas nas facetas, 26 sujeitos (66,7%) demonstraram crescimento no processo de formação, 6 (15,4%) apresentaram declínio e 7 (17,9%) ficaram inalterados.

Conclusão: utilizando o protocolo acadêmico e o Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial, foi possível avaliar quantitativamente o desempenho acadêmico enquanto conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à prática clínica. O Instrumento da Autopercepção criado para a representação gráfica deste encontro foi testado e cumpriu com todos os objetivos propostos. A avaliação do grupo do estudo refletiu o processo ensino-aprendizagem da Instituição de Ensino (PUC Goiás), com prática pedagógica problematizadora na visão biopsicossocial. Com intervalo de um ano entre as etapas, houve crescimento das autopercepções dos desempenhos dos sujeitos da pesquisa 2,9 vezes maior que as respostas representadas por declínio. Como visão de futuro, há possibilidade de utilizar a metodologia da pesquisa para perenizar o processo avaliativo dos acadêmicos, propiciar reflexões sobre os desempenhos individuais nas diferentes fases da formação médica, criar um novo cenário nos portfólios acadêmicos como recurso de avaliação na história curricular e possibilidade de adaptar o instrumento para aplicar em outros cursos e profissionais da área da saúde que desenvolvem ambientes clínicos.

Palavras-chave: Educação Médica; Avaliação Educacional; Prática Profissional; Currículo; Relações Médico-Paciente; Autopercepção; Aprendizagem.

Abstract

Introduction: The Pontifical Catholic University of Goiás pedagogical project for its medical course has stemmed from a thirty year long dream. It came into existence in 2005 following the authorization granted by the National Council of Education after the homologation of the National Curricular Guidelines. The present study shows the need to further investigate the development of assessment processes which are used to identify, follow and materialize changes in medical training. The theory used lies on the possibility of quantifying the medical performance in the patient-physician encounter.

Objective: to evaluate some components of the patient-physician encounter based on biopsychosocial model; to create an assessment tool to measure the self-perception of this encounter; to test the effectiveness of this tool in this scenario; and to quantify the category variables of the research in a Pontifical Catholic University of Goiás medical course.

Materials and Methods: This was a quantitative, longitudinal and cohort study. The study group presented 39 medical students from 5th Class of the Pontifical Catholic University of Goiás Medical School Course and the investigation was divided into two stages with a year interval between the application of the required academic protocols preceded by a medical semiological conclusion. The dimensions under observation were the following: biomedical, cognitive, ecosystemic, psychological and bioethical. The assessment tool was designed to present 5 dimensions, 18 facets and 72 indicators, divided into groups of four alternatives per facet, scaled in degrees 0, 1, 2 or 3. The higher the degree, the higher the complexity of the biopsychosocial model represented by the software program developed by the researcher called *Project 2*.

Results: Through a circular radial profile with a central point and three areas with crescent spirals graded by differing shades of colors, we have been able to represent the clinical encounter, using the individuals' self-perception. The results showed the effectiveness of the software, following a quality control process across all responses. We have used descriptive statistics to mathematically analyze the increase in the study

group performance, and compare the responses in percentages in the two stages of the study. We have found a weak association between the category variables (facets) using the Chi-square ratio with the Cramer's-V Coefficient, except for the following facets: Critical Analysis ($p \chi^2 = 0,002$); Social Health Indicators ($p \chi^2 = 0,007$); e Health Promotion ($p \chi^2 = 0,049$). As for individual self-perception, having the facet responses as a reference, 26 subjects (66,7%) showed growth in the formation process; 6 (15,4%) showed decrease and 7 (17,9%) remained unaltered.

Conclusion: Through the use of the academic protocol and the biopsychosocially-based patient-physician self-perception assessment tool we have been able to quantitatively assess the academic performance as to knowledge, skills and medical attitudes displayed in the interaction of the physician with the patient. The self-perception assessment tool designed to graphically represent such encounters was put to test and has fulfilled all its objectives. The evaluation of the study group evidenced some biopsychosocially practices in the pedagogical process used by the Pontifical Catholic University of Goiás Medical School. After a year interval between the stages of the study, an increase was observed in the self-perception of the individuals' performance 2,9 times as high as the decrease responses. A long-term application of our findings include opportunities to use this methodology for an on-going self-evaluation of the medical students, provide insights about individual performance in the different stages of the medical training, create a new scenario in the academic portfolios as an evaluation and curricular history resource, and finally adjust the assessment tool so that it could be used by other courses and professionals in the health area working in clinical settings.

KEYWORDS: Education, Medical; Educational Measurement; Professional Practice; Curriculum; Physician-Patient Relations; Self Concept; Learning.

1. Introdução

A prática e a educação na área da saúde, como realidades sociais, estão relacionadas com os processos de desenvolvimento econômico, científico e tecnológico (FRIGOTTO, 1996).

As transformações ocorridas nos últimos anos na formação médica têm trazido novidades para a sociedade brasileira. Como importantes reformas no Estado, construídas com base nas mobilizações dos amplos cenários da sociedade, os sistemas de saúde e da educação estão sendo amparados nos princípios e valores inovadores, tais como: conceito ampliado de saúde; ações intersetoriais; integralidade da atenção em saúde; interação ensino-serviço-comunidade; compreensão biopsicossocial do adoecer (ou da saúde); atuação inter e transdisciplinar; trabalho em equipe multiprofissional, dentre outros.

A formação na área da saúde deve ter como diretriz a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturada a partir da contextualização social e da compreensão da dinâmica e dos interesses das coletividades.

Para compreender as mudanças propostas na formação profissional há necessidade de rever os momentos históricos das reformas sanitária e do ensino superior no País, centradas nos interesses dos usuários do sistema de saúde e no desenvolvimento das condições de atendimento às necessidades das pessoas e populações, redimensionando a autonomia das políticas públicas.

Reforma Sanitária no Brasil

No Brasil, até 1970, vigorava o modelo médico assistencialista, baseado no processo curativo prestado aos trabalhadores que contribuíam com a Previdência Social, contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O atendimento era centrado no setor privado, vinculado e financiado pelo governo federal.

O fortalecimento deste setor não atingia as reais necessidades da população. O contexto político desta época era caracterizado pelo autoritarismo, repressão política e censura à imprensa. Em meados da década de 70, com a abertura política, houve a reorganização dos movimentos sociais, com destaque para o Movimento Sanitário. Esta foi uma forma que os profissionais da saúde utilizaram para denunciar as repercussões do modelo econômico sobre a saúde da população brasileira e a irracionalidade do sistema de saúde existente na época (LIMA, 2005).

O relatório Lalonde, um documento produzido em 1974 no Canadá, com o nome de *a new perspective on the health of Canadians*, foi considerado o primeiro relatório governamental moderno no mundo ocidental a reconhecer a necessidade de transpor o modelo tradicional de saúde (modelo biomédico). Lalonde propôs uma classificação multifacetária para a saúde, como resultante de quatro elementos: biologia, ambiente, estilo de vida e organização da assistência sanitária. O relatório enfatizou a responsabilidade de cada indivíduo em mudar comportamentos e fatores de risco à saúde e foi fundamental na identificação das desigualdades sanitárias (LALONDE, 1974; PEDROSA, 2004).

Em setembro de 1978, em Alma-Ata, na URSS, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, expressou a necessidade urgente de ações para que os cuidados primários de saúde fossem desenvolvidos e aplicados em todo o mundo (ROUQUAYROL, 2009).

Com a experiência e demanda internacional, o Movimento da Reforma Sanitária propôs alternativas para um novo sistema de saúde com características democráticas. Por meio destas, ampliou-se o número de defensores das mudanças do sistema de saúde.

A partir de 1982, em consequência dos altos custos do setor privado, o governo passou a reorientar a política de assistência médica. Houve a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais proporcionaram condições para a criação de vínculo técnico e financeiro entre as instituições públicas de saúde, federal, estadual e municipal. Foram criadas as Comissões Inter-institucionais de Saúde (CIS), responsáveis por supervisionar a qualidade do atendimento prestado à população (CECCIM, 1993).

No ano de 1986, o Movimento Sanitário ganhou força com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo principal de discutir a estrutura política de saúde para o Brasil. Como resultados deste encontro, surgiram propostas de reformulação do sistema nacional de saúde, sendo documentadas e conhecidas como projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A municipalização, a descentralização das ações de saúde e a hierarquização do sistema foram marcadores metodológicos deste encontro (BRASIL, 1987).

Segundo Paim, o projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais. Boa parte da população brasileira passou a lutar por seus direitos cidadãos e pela melhoria da qualidade de vida. O conceito de saúde foi ampliado, explicitado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual saúde passa a ser resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde (AROUCA, 1987; PAIM, 2007).

Em 1988, foi aprovada a nova Constituição (Cidadã) Brasileira, incorporando grande parte dos conceitos e propostas defendidas nas conferências de saúde, adotando então, a proposta da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS) A participação comunitária defendida na Constituição Federal, com suas diversas estratégias consolidadas nas instâncias do controle social, foi a marca definitiva da democracia participativa na construção do SUS (BRASIL, 2010).

Em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde que definiu saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

Durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992) houve a reafirmação da proposta do SUS, cujas discussões voltaram para os problemas decorrentes da resistência do governo federal em efetivar a mais ampla e democrática participação da sociedade nas decisões e processos de gestão do SUS e em avançar na descentralização das ações e serviços (BRASIL, 1993).

As Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB) definiram as estratégias e movimentos táticos, que orientaram a operacionalidade do SUS, viabilizando a implantação do mesmo. Uma delas, segundo Rodrigues Neto estabeleceu normas e

procedimentos para efetivar o processo de descentralização das ações de serviços de saúde, acatando recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no sentido de realizar a descentralização nos estados e municípios de forma gradual. A partir do preenchimento de critérios de viabilidade, o município experimentou a oportunidade de tornar-se autônomo na condução e gestão do SUS (RODRIGUEZ NETO, 1994).

A NOB 96 estabeleceu a mudança do objeto indivíduo, para inseri-lo nas coletividades, e a mudança do método, com a incorporação da vertente epidemiológica na vertente clínica. Novas práticas para a compreensão do complexo saúde-doença foram introduzidas, como as técnicas pedagógicas de educação em saúde, o desenvolvimento do parque informacional e, conseqüente, formatação de grandes bases de dados (BRASIL, 1997b).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), com as regulamentações complementares, definiu estratégias para a regionalização da assistência à saúde, desenvolvendo estudos para a descentralização com equidade no acesso ao serviço público de saúde (BRASIL, 2005).

Assim, o sistema de saúde brasileiro surgiu a partir da voz popular e do desejo de uma assistência ágil, eficaz, com resolubilidade, sócio comprometida, ética e, acima de tudo, humana. Os princípios doutrinários do SUS, integralidade, universalidade e equidade, ilustram estes desejos na vivência dos seus conceitos.

Na história da saúde pública no Brasil, com a chegada do século XXI, a saúde deixa de ser uma conseqüência da ausência da doença para transformar-se em garantia de qualidade da vida, mediante esforços organizados da sociedade.

Os Pactos pela Saúde, incluindo pela vida, pela defesa do SUS e pela gestão do sistema, redefiniram os objetivos de promover inovações nos processos, estratégias e instrumentos de gestão, incluindo: o processo participativo, a regionalização das ações de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o seu trabalho multiprofissional, a interação ensino/serviço/comunidade, a defesa dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS, dentre outros avanços. Assim, houve mudanças nas relações de poder, implicando numa dimensão que politizou tanto o diagnóstico como as ações de saúde, incluindo as assistenciais, as educacionais e as relacionadas com a formação médica (BRASIL, 2006).

Reforma na Educação Superior

No Brasil, durante o período colonial, existiam os cursos superiores de Filosofia e Teologia desenvolvidos pelos padres Jesuítas. Havia, na época uma preocupação com a emancipação intelectual da colônia e consequente repercussão nos movimentos pela independência político-econômica. Com a chegada da Família Real Portuguesa na cidade do Rio de Janeiro, em 1808, o ensino superior passou a existir em instituições formais, como os cursos de engenharia (academia militar), medicina (cirurgia e anatomia) e belas artes. Eram gratuitos e financiados com o imposto cobrado sobre os produtos exportados do Reino e das Colônias (FIGUEIREDO, 2005).

No Brasil Império, a expansão do ensino superior ocorreu de maneira muito lenta. Surgiram cursos isolados em algumas áreas. O modelo econômico e as práticas profissionais dispensavam a qualificação superior. Com a proclamação da República, as discussões sobre a educação, especificamente sobre as universidades, surgiram com força. Os deputados constituintes queriam criar instituições de ensino em Minas Gerais, Pernambuco, Bahia, São Paulo e Rio de Janeiro, mas enfrentaram problemas de ordem econômica (FIGUEIREDO, 2005).

No século XX, em decorrência da industrialização e urbanização, surgiu pela primeira vez no Brasil uma ação planejada visando à organização nacional da educação. Com a administração Vargas, os Decretos de Francisco Campos imprimiram uma nova orientação, voltada para maior autonomia didática e administrativa, interesse pela pesquisa, difusão da cultura, visando o benefício da comunidade. Neste governo, foi criado o Ministério da Educação e Saúde (1930), o Conselho Federal de Educação (CFE), o ensino secundário e o comercial (ARANHA, 2006).

Em 1931, com a promulgação do Decreto nº. 19.851, foi consolidado o Estatuto das Universidades Brasileiras. A Universidade de São Paulo, criada em 25 de janeiro de 1934, apesar de ser estadual, foi a primeira a se adequar ao referido decreto federal.

O 1º. Congresso Nacional dos Estudantes, iniciado em 11 de agosto de 1937, na Casa do Estudante do Brasil (CEB), marcou a criação da União Nacional dos Estudantes (UNE) que defendia a universidade aberta para todos; diminuição das taxas de exame e matrícula; exercício da liberdade de pensamento, cátedra, imprensa e tribuna; independência das universidades frente ao Estado, com eleições para seus

dirigentes pelos discentes e docentes; a livre associação dos estudantes dentro da universidade; a participação discente na elaboração dos currículos; e a criação de monitorias e estágios. Estas idéias eram contrárias ao governo Vargas. Em função do momento político, tal proposta não foi implementada, contudo, serviu como base para futuras críticas em relação ao modelo educacional (FIGUEIREDO, 2005).

Em 1940, no Rio de Janeiro, surgiram as primeiras faculdades privadas do país, Católicas, no Rio de Janeiro (CUNHA, 2000). Neste mesmo período, foi priorizado o ensino profissionalizante e foram criados: o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e a regulamentação do curso de formação de professores, com diretrizes nacionais de valorização docente. Com o fim do Estado Novo e a constituição de 1946, houve a redemocratização do País, garantindo os direitos individuais de expressão, reunião e pensamento (ARANHA, 2006).

No governo de Getúlio Vargas (1950-1954), medidas foram adotadas para equivalência dos cursos profissionais a secundários, para que fosse possível a progressão no sistema educacional. Elas foram adotadas devido ao número de trabalhadores que aumentava consideravelmente, porém o número de trabalhadores qualificados ainda era muito pequeno (FIGUEIREDO, 2005).

Com a expansão do ensino médio houve aumento da demanda pelo ensino superior. Segundo Cunha, o governo federal respondeu da seguinte maneira: a) criou novas faculdades; b) tornou gratuitos os cursos das instituições federais de ensino superior; c) federalizou as faculdades estaduais e privadas, reunindo-as, posteriormente, em universidades custeadas e controladas pelo Ministério da Educação (CUNHA, 2000).

Devido à necessidade de modernização das universidades, o estímulo à formação do docente-pesquisador e sob influência do período pós 2ª Guerra Mundial foram criadas, neste período (década de 50): a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e as agências governamentais, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Neste período pós guerra houve o processo de redemocratização do País com a defesa da educação liberal e descentralizada (HILSDORF, 2003). Outra corrente defendia o controle da educação pela União. Este conflito desencadeou uma verdadeira campanha em defesa da escola pública, defendida principalmente pela UNE e pelos movimentos populares de base. Estes movimentos, juntos com os intelectuais, apresentaram inovações para educação e cultura, como: Centros Populares de Cultura da UNE, o Movimento de Educação de Base da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Método de Alfabetização de 40 horas de Paulo Freire, entre outras iniciativas (FIGUEIREDO, 2005).

Com o Golpe militar de 1964, todas estas iniciativas foram desativadas. E a bandeira da Reforma Universitária, defendida pelo Movimento Estudantil foi centralizada no Estado. Durante a ditadura militar a educação sofreu duas grandes reformas, em 1968 e 1971, precedidas pelos acordos do Ministério da Educação e *United States Agency for International Development* (MEC-Usaid), onde o Brasil recebeu apoio técnico e financeiro para implementar suas reformas. Outro grande impacto para educação nesta época foi a reestruturação da representação estudantil, com a extinção da UNE, evitando a organização dos estudantes nacionalmente, porém com a permissão e atuação dos Diretórios Acadêmicos (DA) e dos Diretórios Centrais dos Estudantes (DCE), no âmbito dos cursos e das universidades (FUNDEC, 2007).

A Reforma Universitária (Lei nº. 5.540/68) unificou o vestibular passando a ser classificatório, aglutinou as faculdades em universidade, concentrou os recursos humanos e econômicos e criou o sistema de créditos, permitindo a matrícula por disciplina (BRASIL, 1968; FIGUEIREDO, 2005).

Os cursos de Medicina sofreram influência de Flexner (1866-1959), educador norte-americano, que publicou em 1910 o relatório que propunha profundas reformas na educação médica nos Estados Unidos da América e no Canadá. Sua ampla repercussão deu suporte teórico à atuação dos profissionais de saúde, na maioria dos países do mundo ocidental, com predomínio do conhecimento fragmentado, guiado pelo clássico modelo das disciplinas que inviabilizava a percepção da integralidade do ser humano. Era consenso que o estudo do organismo humano, quanto mais fragmentado e reduzido, maior a compreensão dos fatos e complexidade do estudo. Surgiram,

assim, as sub especialidades médicas amparadas pelo desenvolvimento tecnológico. A aprovação no concurso de residência médica passou a ser o grande diferencial dos egressos, com o objetivo de qualificação *lato sensu* (PAGLIOSA, DA ROS, 2008).

A 1ª. Conferência Mundial de Educação Médica, em Edimburgo, sob responsabilidade da *World Federation for Medical Education* (WFME), em 1988, e a *World Summit on Medical Education* (WSME), em 1993, foram eventos internacionais marcantes para a educação médica. As análises da Conferência de Edimburgo centraram nas dimensões educacionais (curriculares) da prática universitária, nas implicações individuais da prática profissional e na extensão dos espaços institucionais da formação acadêmica (OPAS, 1993).

No Brasil, na década de noventa, a reforma educacional, por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e do Plano Nacional de Educação (PNE), defenderam a privatização, como incentivo à entrada de recursos não-públicos para manter as atividades das universidades. Em decorrência das políticas adotadas na década de 90, o ensino superior sofreu o impacto do sucateamento das universidades públicas pelos cortes de verbas, a falta de abertura de concursos públicos para professores e funcionários técnico-administrativos, pela continuidade da expansão do ensino superior privado e das matrículas delas decorrentes, pela destinação de verba pública para as faculdades particulares, pela multiplicação das fundações privadas nas Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e pela ausência de uma política efetiva de assistência estudantil. Nas últimas décadas do século passado foram abertas inúmeras universidades particulares, bem como, praticada a isenção fiscal para os empresários da educação (FIGUEIREDO, 2005).

A preocupação com os rumos da educação superior internacional foi materializada, em 1999, com o Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, coordenado por Jacques Delors e encaminhado para a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO). No relatório, editado sob a forma do livro *Educação: Um Tesouro a Descobrir*, apresenta discussão sobre os quatro pilares fundamentais da educação direcionados para o processo de aprendizagem: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. O **conhecer** tem relação com os instrumentos do conhecimento, com o raciocínio

lógico e com os processos cognitivos. O **fazer** consiste, essencialmente, em aplicar, na prática, os conhecimentos teóricos e a utilização da comunicação a serviço dela (prática). O **aprender a viver com os outros** atua no campo das atitudes, valores e na utilização da educação como veículo de paz, tolerância e compreensão. O **ser** depende diretamente dos três anteriores. Considera que a educação deve ter a finalidade do desenvolvimento integral do indivíduo. Assim, os pilares dão sustentação na formação de atores autônomos, intelectualmente ativos e independentes, capazes de estabelecer relações interpessoais, em equipes multiprofissionais, de comunicarem e evoluírem permanentemente, de intervirem de forma consciente, ética e ativa na sociedade (DELORS, 2003).

A experiência do Projeto UNI, na década de 90, propôs a transformação da educação médica no Brasil com a adoção de políticas educacionais na formação profissional e mudanças nas matrizes curriculares, propondo a inclusão do ensino voltado para a comunidade (KISIL, 1994).

Em 1991, o Governo Federal demonstrou preocupação com a qualidade da formação profissional dos cursos de Medicina. Foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). O objetivo inicial foi de avaliar o ensino médico visando sua qualidade para atender às necessidades médicas e sociais da população. Teve papel indutor das mudanças do ensino médico brasileiro (MATTOS, 2007).

A Resolução do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº. 4, de 7 de novembro de 2001, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN), com definição dos princípios, fundamentos, condições e procedimentos de formação de médicos, 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 (BRASIL, 2001).

Estas diretrizes definiram propostas e reflexões sobre as bases teórico-metodológicas do processo ensino-aprendizagem, a importância da interação ensino-serviço-comunidade e a humanização do atendimento, seguindo, basicamente, as orientações da Declaração de Edimburgo (WFME, 1988; WHO, PAHO, 1994) e do

Relatório para a UNESCO, da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI (DELORS, 2003).

Cumprindo as DCN, o perfil do egresso é apresentado com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado em atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; educação permanente; administração e gerenciamento da saúde individual e/ou coletiva (BRASIL, 2001).

Na perspectiva da mudança curricular dos cursos de Medicina nos últimos anos, ocorreram iniciativas e estratégias para compartilhar ações envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação no Brasil.

O Projeto Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina, elaborado pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (MS), foi a referência para a elaboração do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Medicina (PROMED), em dezembro de 2001. Este programa objetivou o financiamento parcial ou total como incentivo para adequar o modelo educacional às necessidades do SUS, tendo como princípio: a produção do conhecimento segundo as necessidades do sistema de saúde; adequação da pesquisa na graduação; a interação ensino/serviço/comunidade; a mudança pedagógica na direção da aprendizagem do estudante; integração entre conteúdos básicos e clínicos; teoria e prática integrada; e diversificação dos cenários do processo ensino-aprendizagem (MATTOS, 2007).

Para ampliar a qualidade da atenção à saúde da população brasileira com a mudança das orientações dos cursos de graduação em saúde voltadas para a integralidade do atendimento, foi criado o AprenderSUS, em 2004, para implementar as políticas educacionais para o SUS, como passo essencial na construção de relações de co-operação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior (BRASIL, 2004).

O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), criado pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, propôs um modelo de avaliação institucional, dos cursos de graduação e dos desempenhos dos estudantes, contemplando o ensino, a extensão e a pesquisa. Com a utilização de ferramentas de auto-avaliação, avaliação externa, Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), avaliação dos cursos de graduação e instrumentos de informação (censo e cadastro), permitiu traçar um diagnóstico situacional da qualidade dos cursos e instituições de educação superior no País (BRASIL, 2008).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), em 2005, elaborado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS) e pela Secretaria de Educação Superior (SESu) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), ambos do MEC, priorizaram a integração da escola ao serviço público de saúde com o objetivo de incentivar as mudanças da formação profissional, além de gerar conhecimento e prestação de serviços à população nas áreas da medicina, enfermagem e odontologia (MATTOS, 2007).

Com o objetivo de fortalecer a atenção básica e a vigilância em saúde, foi criado, em 2010, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET), do MEC. O programa tem como diretriz a educação pelo trabalho e a disponibilização de bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, estabelecendo a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade (BRASIL, 2008).

Atualmente, as IES estão mobilizadas para adequar os projetos políticos pedagógicos e as matrizes curriculares aos novos rumos propostos pelo Governo para o perfil do profissional egresso. A compreensão da importância da mudança do modelo de atenção, da visão biologicista para a biopsicossocial, e as estratégias para o cumprimento das DCN são os grandes desafios.

Modelo Biomédico

Hipócrates, IV a.C., analisava o contexto social e ecológico em que a doença ocorria e as formas pelas quais suas manifestações físicas eram condicionadas por

forças psicológicas e espirituais (HELMAN, 1994). Hipócrates tentou explicar coerentemente as doenças com base em causas naturais, ressaltava a importância da natureza para a cura e considerava o banho, a dieta e a higiene pessoal como essenciais à manutenção da boa saúde (DE MARCO, 2003).

A era da razão e da observação começou no século XVII com grande avanço do conhecimento científico. Com o Iluminismo, a razão substituiu a tradição e a fé, em todos os aspectos da sociedade (DE MARCO, 2003).

A influência flexneriana do modelo da América do Norte, no século XX, teve ampla repercussão no mundo ocidental e deu suporte teórico à formação e atuação dos profissionais de saúde, com características educacionais relacionadas à fragmentação do conhecimento, distribuição dos conteúdos em disciplinas, departamentalização dos cursos e valorização das especialidades. Inviabilizava a percepção da integralidade do ser humano, que, atualmente, é definido a um só tempo, biológico, psicológico, cultural e social (MORIN, 2005).

As principais influências do Relatório Flexner na educação médica centralizaram o processo ensino-aprendizagem na cátedra do professor e dos recursos tecnológicos disponíveis, tendo como características (MATTOS, 2007):

- a) divisão entre ciências biológicas e sociais com visão biologicista da medicina e a sociologia para explicar os fenômenos do processo saúde-doença;
- b) estabelecimento de padrões médicos baseados na alta tecnologia e na terapia alopática;
- c) fragmentação do currículo, com conseqüente especialização médica;
- d) estruturação dos departamentos centrados nas disciplinas;
- e) ensino hospitalocêntrico;
- f) priorização do conhecimento científico;
- g) incorporação da pesquisa nos programas de ensino.

No modelo biomédico, o interesse do estudo está voltado para o aspecto biológico que justifica o momento clínico. Os profissionais da saúde aprendem o que necessitam, através da observação, imitação e prática (BURNS, 1987; FACCHINI et al,1998). Neste modelo, os aspectos psicológicos, culturais, econômicos, familiares,

habitacionais, laborais, sociais, políticos e relacionais são considerados sub-limiare e, muitas das vezes, imperceptíveis. O profissional acolhe o objeto, em detrimento do sujeito; o corpo, e não o espírito; a quantidade, e não a qualidade; a causalidade, e não a finalidade; a razão, e não o sentimento; o determinismo, e não a liberdade; e, acima de todas, a essência, e não a existência (OLIVEIRA JR, 2007).

Modelo Biopsicossocial

Maudsley, no século XIX, descreveu que o sofrimento que não é vertido em lágrimas, faz com que os outros órgãos chorem (HEARNshaw, 1987).

O sistema biológico defende o substrato anatômico, o sistema psicológico ressalta o impacto dos fatores psicodinâmicos e o sistema social enaltece as influências ambientais (ENGEL, 1977).

O paciente, durante uma visita médica, quase sempre fala do seu corpo, do mal-estar físico, porém, a interação que justifica este encontro se dá nas três esferas: mente, corpo e mundo externo (SANTOS, 1999).

O médico há de perceber essa unidade do seu paciente e o que se passa com ele naquelas três esferas: corpo, homem e universo. Assim, a relação estabelecida durante uma consulta médica deve assegurar o indivíduo doente e não a doença. O médico precisa do auto entendimento antes de entender o seu paciente. Portanto, cada indivíduo é único, singular, irrepitível, inigualável e incomparável (OLIVEIRA JR, 2007).

As diretrizes que orientam os projetos dos cursos médicos, no modelo biopsicossocial, seus enfoques pedagógicos e as exigências do sistema de saúde em vigor, articulam as atividades em sala de aula e/ou laboratórios vinculados às dinâmicas sociais (UCG, 2005).

O educador deve reavaliar sua concepção de sociedade, de educação e do profissional que deseja formar / ser, preocupando-se ainda com a qualidade do ensino a oferecer e com a sua efetividade. Assim, estabelecerá objetivos sociais, políticos e pedagógicos com vistas a desenvolver, nos processos avaliativos, a consciência crítica, ou seja, o pensamento independente, que o possibilite fazer parte efetivamente da sociedade a qual pertence (COLLARES et al, 2002).

Neste sentido, Chaves estabeleceu cinco pontos contemplados para a formação de um acadêmico de Medicina com visão holística do paciente (CHAVES, 2003):

- a. formação ético-humanística – visão integrada do ser humano, levando em conta os fatores biológicos, psicológicos e sociais, por meio de princípios éticos e de uma sólida formação pessoal;
- b. relação médico-paciente – com compreensão holística do indivíduo em todas as suas potencialidades, voltadas para um cenário real onde o saber escutar o paciente é parte da anamnese no diagnóstico clínico;
- c. educação continuada – contínua atualização dos conhecimentos necessários à compreensão da realidade na qual está inserido, utilizando todos os recursos tecnológicos, informacionais e com o processo ensino-aprendizagem focado no estudante;
- d. contextualização em cenários reais – consciência de sua responsabilidade social e determinantes do processo saúde-doença, atento para as dinâmicas transformações dos perfis epidemiológicos, demográficos, médico-sanitários e sociais;
- e. aptidão para gerenciamento e administração em saúde – a atividade do estudante, junto aos vários níveis do sistema de saúde, impõe responsabilidades crescentes e de forma integrada com profissionais de diversas áreas, levando à compreensão do sistema de saúde no qual tem inserção qualificada.

Portanto, o “aprender a aprender” envolve o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações advindos da própria experiência e vivência profissional. O “aprender fazendo” pressupõe a integração entre teoria e prática, sem dicotomização, na produção do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades e atitudes. A tentativa de solucionar os problemas é

que orienta a busca da ciência básica que respalda as intervenções para enfrentá-los (BRASIL, 1997a).

Os aspectos técnicos são indispensáveis para fazer corretamente a entrevista clínica, da mesma maneira que não se pode desconhecer ou desprezar os fatores emocionais e socioculturais (PORTO, 2009).

O encontro clínico é um momento complexo quando vivenciado em sua plenitude e reflete a formação profissional contemplando conhecimentos, habilidades e atitudes.

Encontro Clínico

Qualquer sistema pode afetar e ser afetado na doença, como um entendimento de forças integradas entre meio externo, mente e corpo em proporções diferentes. Para compreendê-la (doença), o médico não deve só considerar as alterações orgânicas, como defende o modelo biomédico, mas também, a visão psicossocial e ambiental, dentro dos contextos familiar, laboral, cultural e comunitário. Assim, a formação do estudante deve voltar-se para o seu desenvolvimento como ser humano integral, no conjunto indivisível de seu aprimoramento cognitivo e afetivo-social, pois a inteligência não se desenvolve sem a afetividade e vice-versa (ALMEIDA, 2004).

Mais importante que o estudo da doença é a percepção do indivíduo capaz de adoecer. Mais importante que tratar a doença é percebê-la no indivíduo capaz de *adolescere* (crescer com dor). Esta capacidade perpassa a competência de gerar alterações suficientes, resultantes da multifatorialidade de eventos associados aos indivíduos contextualizados em cenários de *des-homeostases* ou desequilíbrios sociais (CARVALHO, 2004).

O encontro entre um profissional da saúde e o paciente configura uma relação humana especial com variáveis relacionadas ao conhecimento científico mesclado por sentimentos, emoções e desejos. A subjetividade voltada para esta relação reveste de angústia, medo, incerteza, amor, ódio, insegurança e confiança, determinando, assim, uma relação dialética entre o profissional que detem o método e o pensamento científico com o indivíduo que necessita do ato cuidador (PORTO, 2009).

Segundo Porto (2009), o estudo deste relacionamento deve apresentar as seguintes premissas:

- a. a relação profissional-paciente constitui a parte fundamental do encontro clínico;
- b. o exame clínico é elemento integrador entre o conhecimento científico e a história da doença atual;
- c. para estudar o relacionamento interpessoal é necessário a compreensão dos mecanismos psicodinâmicos envolvidos neste processo;
- d. a aprendizagem da relação profissional-paciente está intimamente ligada à aprendizagem do método clínico;
- e. é indispensável a aquisição de conhecimentos básicos das ciências humanas para compreender os fenômenos além da visão biologicista.

O conhecimento multifatorial dos mecanismos envolvidos na relação profissional-paciente é fundamental para a análise dos fenômenos que podem influenciar no processo de tomada de decisões, como o tratamento e as orientações de educação em saúde. Estes fenômenos são complexos em função das características: do ato profissional; dos conhecimentos, habilidades e atitudes como instrumentos teóricos de intervenção; das relações com os ambientes físicos, materiais e sociais; da acolhida e dos determinantes psicossociais associados à doença; e das questões éticas envolvidas na prática profissional.

A semiotécnica, composta de técnicas para a entrevista e para o exame físico, é orientada por princípios éticos e qualidades humanas (autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e sigilo) e coexistem no encontro clínico, fazendo dele o núcleo luminoso de todas as profissões da área da saúde. O essencial é que o estudante aprenda a executar o exame clínico e, ao mesmo tempo em que vai incorporando os princípios éticos, desenvolve a capacidade de relacionamento com o paciente. Para o exercício de uma medicina de excelência, deve-se cultivar as qualidades humanas essenciais: integridade, respeito e compaixão (PORTO, 2008).

Entende-se que a doença não pode ser vista como condição individual ou fruto das determinações genéticas, como sugere a teoria monocausal da gênese da doença,

mas dependente das características ecológicas, da estrutura epidemiológica, da dinâmica social e do contexto familiar, contemplada na teoria multifatorial. Tem-se como fundamento que estudar a doença é compreendê-la no organismo humano inserido no contexto social (UCG, 2005).

Tratar o paciente de forma conectada, como qualquer ser humano desejaria ser tratado, com consideração, gentileza e respeito, é o paradigma que define a humanidade dos indivíduos envolvidos e reforça a importância da relação paciente-profissional no processo de cura (DAVIS-FLOYD, 2001).

O Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás)

Os princípios metodológicos que orientam o curso médico da PUC Goiás, a missão institucional, o enfoque pedagógico [PBL – *Problem-Based Learning* e metodologia da problematização] e as exigências sociais integram um projeto inovador, flexível, ético-humanístico, generalista e funcional, cumprindo com os novos paradigmas formativos.

Estas duas práticas pedagógicas ativas foram incorporadas ao Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da PUC Goiás contemplando as DCN e com o foco do processo pedagógico centrado no acadêmico. O PBL contribui com a estratégia de cumprir com os objetivos dos eixos temáticos nas semanas pedagógicas, de maneira inter e transdisciplinar, segundo estratégias programadas nos manuais dos módulos, partindo do caso clínico problematizador. A problematização, com a inserção precoce do acadêmico no contexto social, com cenário metodológico para o processo ação-reflexão-ação, proporciona a vivência da estrutura social no modelo biopsicossocial e desenvolve habilidades e atitudes relacionadas ao vínculo com o serviço de saúde e com o compromisso comunitário.

Esta inserção precoce do estudante na atenção à população, em contato com usuários do sistema de saúde, deve evitar a desarticulação entre a prática e a teoria, visando à apreensão dos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, bem como ensejar o desenvolvimento de atitudes e compromisso profissional (UCG, 2005).

As potencialidades das metodologias problematizadoras desenvolvidas, assumem convergências no processo educacional do curso ao definir o perfil ético-humanista dos acadêmicos e priorizar as relações entre a academia, o serviço, a comunidade nas atividades da graduação, extensão e pesquisa. Esta relação deve estar baseada na consciência civil do acadêmico, sua capacidade de assumir responsabilidade nas suas atividades, competência técnico-científica e análise crítica, tendo em vista a defesa incondicional da vida (UCG, 2005).

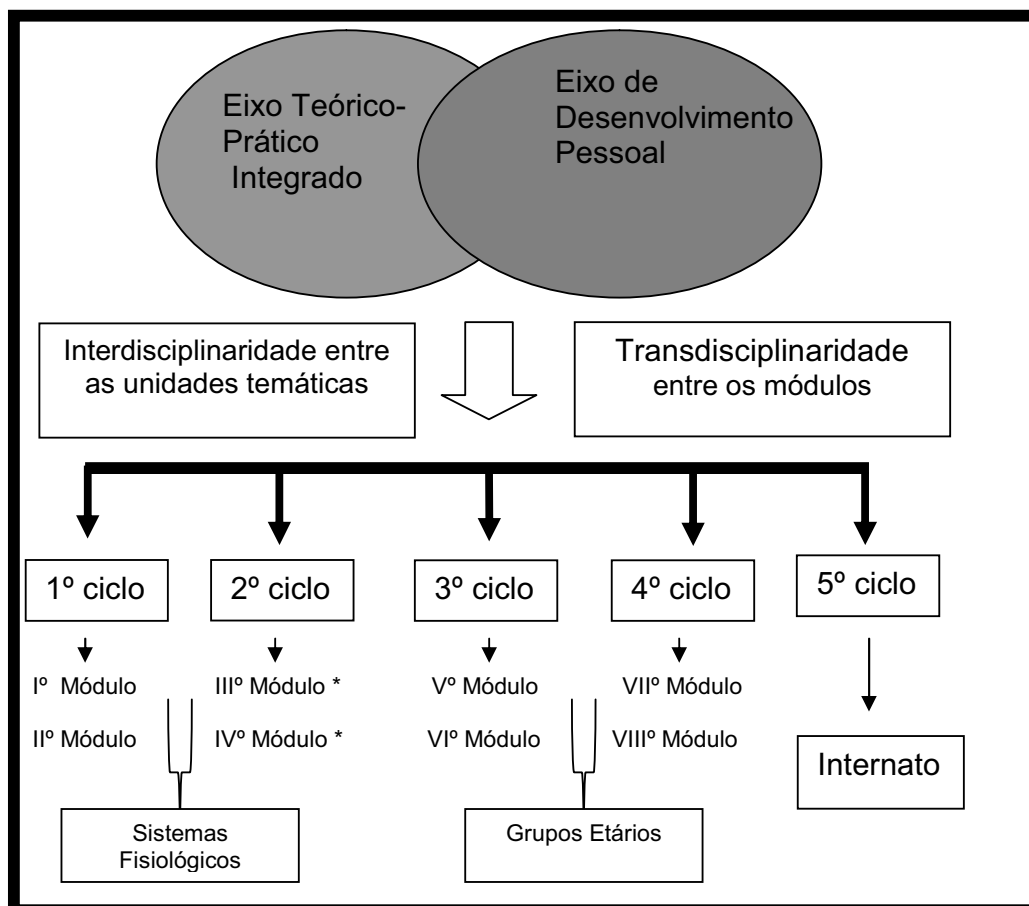
O currículo do Curso de Medicina da PUC Goiás está sendo desenvolvido a partir de dois grandes eixos: Eixo Teórico-Prático Integrado (ETPI), sem dicotomizar a teoria da prática; e Eixo de Desenvolvimento Pessoal (EDP), com a incorporação de padrões formativos. Estes são articulados entre si ao longo dos seis anos do curso médico mediante a aproximação da prática médica e do incentivo para o trabalho em equipe multiprofissional. Pretende-se com esta organização curricular proporcionar formação teórica sólida e desenvolvimento de habilidades e atitudes operativas necessárias a prática profissional competente, ética, humanizada, socialmente comprometida e dentro das condições existentes, sem a perda da perspectiva de permanente melhoria dos serviços de atendimento à saúde do cidadão, incluindo a relação acadêmico-paciente (UCG, 2005).

Esta proposta de organização curricular está estruturada de forma nuclear no sentido de romper a fragmentação do conhecimento, promover o repensar crítico multiprofissional e o trabalho em equipe, mediante unidades temáticas obrigatórias curriculares (mínimo de 8.160 horas) e atividades complementares (500 horas), divididas em atividades científicas, culturais e comunitárias (UCG, 2005).

A matriz curricular é constituída por 5 ciclos, 12 módulos e suas unidades temáticas (Figura 1). Do primeiro ao quarto módulos, o eixo temático foi concebido para trabalhar com sistemas fisiológicos, sendo que no terceiro e quarto módulos o acadêmico desenvolve a Unidade de Semiologia Médica. Do quinto ao oitavo, com grupos etários, como preconiza a grande parte dos Programas do Ministério da Saúde do Brasil.

O internato (dois anos), correspondente ao quinto ciclo, tem como proposta o desenvolvimento de oportunidades de treinamento individual e coletivo em enfermarias,

ambulatórios, unidades de emergência e de terapia intensiva, comunidade regionalizada, gerência de programas em saúde e centros cirúrgicos, respeitando os princípios éticos e humanísticos com os usuários do Sistema de Saúde, em atividades e estratégias da atenção primária, secundária e terciária. Neste sentido, os conhecimentos, habilidades e atitudes estarão a serviço da vida, com a preocupação do restabelecimento da saúde individual, sem perder a compreensão da dinâmica social, a partir do vínculo e do compromisso comunitário, na visão biopsicossocial.



Fonte: Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da PUC Goiás, 2005

*conteúdos de Semiologia Médica

Figura 1 – Fluxograma do Curso de Medicina da PUC Goiás.

Conteúdos relacionados com a semiologia médica são desenvolvidos a partir do terceiro e quarto módulos, utilizando as potencialidades de aprendizagem dos

Laboratórios Morfo-Funcional e de Habilidades, e dão seguimento em todos os módulos do curso. Assim, antes do contato direto com o paciente, o futuro profissional exercita suas habilidades em manequins distribuídos em diferentes cenários [enfermaria, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e ambulatório] e na sala espelho utilizando um paciente ator (a partir de um *script* pré-estabelecido) com a finalidade de desenvolver a semiótica.

Em todas as fases do curso, objetiva-se formar um profissional que estabeleça o contato direto com o usuário do sistema como forma de valorização da vida. Esta meta pode ser atingida quando o modelo clínico é baseado nos seguintes princípios: domínio do método clínico em toda a sua amplitude para identificar a doença e conhecer o paciente; saber avaliar o paciente não apenas do ponto de vista biológico, mas considerá-lo em seus aspectos emocionais e socioculturais; compreender a subjetividade dos componentes emocionais; e reconhecer que os aspectos socioculturais dizem respeito ao paciente não como um indivíduo isolado, mas inserido em contextos sociais.

O adoecer não é um ato mecânico e mágico, porém complexo, dialético e perpassa, além das questões biológicas, as psíquicas, sociais, culturais, religiosas, laborais, relacionais, dentre outras (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

A motivação para esta pesquisa surgiu ao tentar responder a seguinte pergunta: o encontro clínico pode ser mensurado? A avaliação do momento relacional entre o médico (ou estudante) e seu paciente pode ser satisfatória ou insatisfatória. Esta satisfação pode ser representada pelo bom desempenho profissional. Assim, se avaliamos constantemente nossas *performances* e o adoecer acontece por influência de inúmeras variáveis, como, biológicas, psíquicas, sociais, ambientais, laborais, dentre outras, então, como profissionais, temos que avaliar a multifatorialidade deste adoecer.

Se o encontro clínico, enquanto ciência e arte, operacionaliza estratégias para o conhecimento e o entendimento de todas as alterações (orgânicas ou não), a prática médica precisa se especializar na compreensão holística do indivíduo que se tornou paciente. Este profissional poderá desenvolver uma análise satisfatória na atitude biomédica (boa anamnese, bom exame físico geral, diagnóstico conclusivo e tratamento

imediatos) e apresentar análises insatisfatórias para as atitudes relacionais (não acolhida, desrespeito à autonomia, neutralidade no atendimento, dentre outras).

Assim, como mensurar variáveis categóricas?

Se conhecemos o modelo ideal para o cumprimento das obrigações técnico-científicas, os objetivos passam a ser vetores (intensidade, direção e sentido) de forças voltadas para o seu cumprimento. Portanto, ao aplicar o modelo biopsicossocial na prática médica, compreendemos que tão importante como o diagnóstico são os valores relacionados à análise crítica do atendimento, a identificação dos determinantes sociais e psíquicos da saúde e a ética neste encontro. Um instrumento contendo todas estas variáveis poderia ser avaliado, também, como intervenções satisfatórias ou insatisfatórias.

Como a formação profissional se fundamenta não só na capacidade de aquisição do conhecimento, mas na associação com habilidades cognitivas, psicomotoras, afetivas e comportamentais, e exige um processo de crescimento e de responsabilização, quantificar em graus crescentes pode ser uma boa estratégia na avaliação do processo educacional (COLARES et al, 2002).

Como última pergunta, por que não mesclar as variáveis do encontro clínico utilizando o modelo biopsicossocial com a possibilidade de graduar estas variáveis de acordo com o desempenho profissional?

Para responder a estas indagações, houve a proposta de construir e aplicar um instrumento para quantificar alguns componentes do encontro clínico, utilizando a autopercepção dos profissionais. A teoria que defende esta autoavaliação parte do pressuposto que as pessoas desenvolvem suas atitudes por meio da observação do próprio comportamento e pelas conclusões que chegam sobre suas causas (BANDURA, 1997; BROWN, MARSHALL, 2001).

Assim, a presente Tese se justifica na intencionalidade de oferecer um instrumento que avalie a autopercepção dos acadêmicos de medicina e médicos, com possibilidade de ser adaptado para outros cursos e profissionais da área da saúde, na quantificação do desempenho profissional durante o encontro clínico, utilizando o modelo biopsicossocial.

O momento histórico que as escolas médicas estão passando nas reestruturações dos Projetos Político-Pedagógicos, das matrizes curriculares, das propostas pedagógicas ativas e das estratégias de ensino aprendizagem, para o cumprimento das DCN, favorece na escolha dos cenários para a aplicação do instrumento e análise dos resultados.

2. Objetivos

Objetivo Geral

- Avaliar alguns componentes do encontro clínico no modelo biopsicossocial utilizando a autopercepção dos acadêmicos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Objetivos Específicos

- Construir um instrumento para avaliação quantitativa do encontro clínico, por autopercepção, nas dimensões biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética.
- Testar o instrumento de avaliação do encontro clínico, utilizando a autopercepção dos acadêmicos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
- Avaliar os componentes do encontro clínico nas dimensões biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética, por autopercepção destes acadêmicos, no início do aprendizado da clínica médica (1ª etapa) e um ano após (2ª etapa).

3. Metodologia

CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O método do estudo foi baseado na elaboração e aplicação de um Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico, a partir do Protocolo Acadêmico criado para esta pesquisa, para avaliar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes em uma turma de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Estado de Goiás, Brasil, que utiliza metodologias pedagógicas problematizadoras na formação médica.

O enfoque foi o quantitativo pela metodologia de mensurar o desempenho acadêmico cujas variáveis categóricas, construídas com base teórica na semiologia, no modelo biopsicossocial e na taxionomia de objetivos educacionais segundo Bloom et al (1972), foram autopercebidas, graduadas e traduzidas para um diagrama construído com áreas e cores. Houve a possibilidade de alterar conteúdos e/ou processos e/ou relações propostas no instrumento de avaliação em função da vivência nas consultas realizadas pelos acadêmicos.

O modelo de pesquisa longitudinal foi caracterizado pela realização do estudo ao longo de um período de tempo de um (1) ano, com início do acompanhamento (1ª etapa da pesquisa) após a conclusão da Unidade de Semiologia Médica.

A coorte de acadêmicos foi submetida a duas intervenções (exposições) com a finalidade de testar o instrumento de avaliação construído para a pesquisa. Os efeitos foram determinados um ano após, 2ª etapa da pesquisa, com os mesmos acadêmicos da 1ª etapa, utilizando as mesmas variáveis do protocolo acadêmico, definindo, assim, um estudo longitudinal e temporal por exposição, ou seja, uma coorte prospectiva.

O estudo começou no momento que os sujeitos da pesquisa iniciaram a aprendizagem de Clínica Médica, logo após a conclusão da unidade curricular de Semiologia Médica, em agosto de 2009 (1ª etapa). Nesta época foi aplicado o Protocolo Acadêmico, individualmente, ao término das consultas realizadas na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (SCMG). Um ano após, em agosto de 2010, foi aplicado,

novamente, o Protocolo Acadêmico para avaliação do crescimento do desempenho profissional com mais um ano de curso (2ª etapa).

O instrumento de autopercepção construído para esta pesquisa partiu da experiência da Professora Dra. Jadete Barbosa Lampert (Tese de Doutorado em 2002), quando propôs uma ferramenta com modelo radiado, contendo três círculos em tons distintos (níveis 1, 2 e 3), referentes às alternativas de cada vetor dos cinco eixos relevantes da educação médica. Foi construído com o objetivo de representar a percepção do colegiado, utilizando um instrumento de tipologia das escolas médicas. Os eixos contemplados foram: mundo do trabalho (3 vetores), projeto pedagógico (4 vetores), abordagem pedagógica (3 vetores), cenário da prática (3 vetores) e desenvolvimento docente (4 vetores), totalizando 17 vetores. A denominação de tipologia das escolas médicas teve como justificativa a compreensão e avaliação das tendências de mudanças dos cursos de graduação na formação dos profissionais da área da saúde, classificando-as em tradicional, inovadora com tendência tradicional, inovadora com tendência avançada e avançada (LAMPERT, 2002; 2006; 2009).

Adaptando os termos utilizados na pesquisa da professora Lampert com os deste estudo, os eixos foram denominados de dimensões, os vetores, de facetas e as alternativas, do modelo da tipologia das escolas médicas, foram chamadas de indicadores do desempenho durante a consulta médica.

Este modelo de avaliação do encontro clínico, por autopercepção, configurou na identidade do Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial.

ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa foi dividida em seis fases: construção do Protocolo Acadêmico; crítica às dimensões, facetas e indicadores; seleção do grupo do estudo e preparação (sensibilização); elaboração da 1ª etapa e aplicação do prontuário da pesquisa; elaboração da 2ª etapa e aplicação do prontuário da pesquisa; desenvolvimento do *software*, confecção dos diagramas pareados por sujeito e avaliação final (Figura 2).

Houve o cumprimento de todas as etapas programadas no cronograma do Projeto de Pesquisa, apresentado no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de

Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), sendo que a coleta de dados teve início após o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da SCMG.

Etapas	Atividades
Protocolo Acadêmico	<ul style="list-style-type: none"> • Construção do protocolo da pesquisa baseado na semiologia, no modelo biopsicossocial e na taxionomia de objetivos educacionais (domínios cognitivo e afetivo) do BLOOM et al, 1972.
Crítica ao Protocolo Acadêmico	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção de 10 (dez) profissionais da saúde para avaliação do Protocolo Acadêmico. • Orientação da metodologia da pesquisa. • Discussão com os profissionais envolvidos para o estabelecimento das potencialidades e nós críticos da ferramenta de avaliação.
Seleção dos sujeitos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da pesquisa e do instrumento de avaliação. • Apresentação dos riscos e questões éticas da pesquisa. • Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.
Primeira etapa	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do instrumento de autopercepção nos sujeitos da pesquisa, em agosto de 2009, logo após a conclusão da Unidade de Semiologia Médica, utilizando o protocolo acadêmico de cor creme. • Processamento das respostas das facetes (18 indicadores).
Segunda etapa	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do instrumento de autopercepção nos mesmos sujeitos da 1ª etapa da pesquisa, em agosto de 2010, um ano após, utilizando o protocolo acadêmico de cor branca. • Processamento das respostas das facetes (18 indicadores).
Resultados e Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento do <i>Software</i> da pesquisa. • Elaboração dos diagramas (Instrumentos de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial), com a formatação dos discos verdes (1ª etapa) e dos discos azuis (2ª etapa). • Análise individual e do grupo do estudo.

Figura 2 – Etapas da pesquisa.

SELEÇÃO DAS DIMENSÕES DO INSTRUMENTO

Houve a necessidade de elaborar um protocolo contendo as variáveis para as autopercepções dos sujeitos, buscando reproduzir o cenário da consulta e descrever o processo relacional desenvolvido durante o encontro clínico.

Este Protocolo Acadêmico, nome atribuído na pesquisa, seguiu uma sequência metodológica com a definição das dimensões com base na semiologia, na visão biopsicossocial do adoecer e na taxionomia de objetivos educacionais (domínio cognitivo e afetivo) proposta por Bloom (BLOOM et al, 1972). As dimensões foram percebidas, nesta fase, como resultante de forças para o cumprimento de determinados objetivos, selecionados a partir das seguintes considerações: 1) o encontro clínico se concretiza através do exame clínico. Este método compreende a identificação, a análise dos sintomas, o exame físico, bem como os antecedentes pessoais e familiares de doenças e exposições a fatores de risco; 2) a memorização, a compreensão e a reflexão crítica implicam nos conhecimentos utilizados para o desenvolvimento das atividades profissionais; 3) os determinantes de saúde definem os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde na população; 4) as habilidades e atitudes do médico no processo de relacionamento com o paciente representam variáveis que vão além do conhecimento científico, pois refletem a maneira que compreende a profissão médica, seu lado humanitário, a valorização da vida e o reconhecimento dos limites do ato médico durante o encontro clínico; 5) o estudo do comportamento ético dos indivíduos no processo de relacionamento reflete a ação do contato profissional-paciente harmônico e responsável. Nesta fase da pesquisa, foram selecionadas, respectivamente, as seguintes dimensões: biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética.

FORMATÇÃO DO PROTOCOLO ACADÊMICO

Imaginando um instrumento elaborado com cinco dimensões para representar o encontro clínico houve a necessidade, nesta próxima etapa da pesquisa, de elaborar o Protocolo Acadêmico. Após a definição das dimensões, houve a preocupação de descrever as facetas. A escolha deste nome, substituindo o termo “vetores” formulado

na pesquisa da Professora Lampert, foi pela definição do termo que corresponde a cada uma das faces das pedras preciosas. Na pesquisa, o pesquisador assumiu esta idéia considerando o encontro clínico como algo de grande valor. Assim, as áreas das dimensões foram resultantes das áreas das suas facetas, importantes para a análise holística do encontro clínico. Na próxima etapa, partindo dos conhecimentos teóricos da faceta e do modelo biopsicossocial, houve a quantificação das quatro respostas de cada faceta baseada na realidade vivenciada. Portanto, cada faceta foi construída em blocos contendo quatro situações alternativas (X, Y, Z e W), que foram chamadas de indicadores. Desta forma, o Protocolo Acadêmico foi formatado com 5 dimensões, 18 facetas e 72 indicadores (Figura 3 e Anexo 1).

Dimensões	Facetas	Indicadores (Graus)
Biomédica	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese. • Exame Físico Geral. • Hipótese (s) Diagnóstica (s). • Exame (s) Complementar (es). 	X (Zero), Y (I), Z (II) e W (III) X (Zero), Y (I), Z (II) e W (III) X (Zero), Y (I), Z (II) e W (III) X (Zero), Y (I), Z (II) e W (III)
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Memorização. • Compreensão. • Análise Crítica. 	Y (Zero), Z (I), W (II) e X (III) Y (Zero), Z (I), W (II) e X (III) Y (Zero), Z (I), W (II) e X (III)
Ecossistêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes Sociais de Saúde. • Escolaridade, Trabalho e Renda. • Redes Sociais e Comunitárias. 	Z (Zero), W (I), X (II) e Y (III) Z (Zero), W (I), X (II) e Y (III) Z (Zero), W (I), X (II) e Y (III)
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento. • Atitude Relacional. • Promoção da Saúde. 	W (Zero), X (I), Y (II) e Z (III) W (Zero), X (I), Y (II) e Z (III) W (Zero), X (I), Y (II) e Z (III)
Bioética	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia. • Beneficência. • Não Maleficência. • Justiça. • Sigilo. 	X (Zero), Y (I), Z (II) e W (III) X (Zero), Y (I), Z (II) e W (III) X (Zero), Y (I), Z (II) e W (III) X (Zero), Y (I), Z (II) e W (III) X (Zero), Y (I), Z (II) e W (III)

Figura 3 – Dimensões, facetas e indicadores (graus) da pesquisa.

A permuta dos nomes dos indicadores foi utilizada como estratégia metodológica com o objetivo de não induzir as respostas. Assim, em uma dimensão a alternativa “X” correspondeu ao grau zero, em outra dimensão, grau 3, por exemplo.

O primeiro indicador de cada faceta foi sempre o de menor complexidade. Recebeu o grau zero por ser o ponto inicial, com baixo conhecimento, inabilidade e/ou ausência de atitude. Esta resposta significou “nada saber ou atuar” na faceta deste componente. O grau 3 representou o contrário, ou seja, teve relação com o máximo de desenvolvimento, envolvimento e atuação no modelo biopsicossocial. Os graus um e dois representaram valores intermediários calibrados pelos indicadores de cada faceta (Anexo 1). Assim, a base teórica para a elaboração do Protocolo Acadêmico foi traduzida para a seguinte estrutura:

Dimensão Biomédica - Nesta dimensão, o foco da avaliação foi direcionado para a competência técnica cognitiva do profissional médico (ou do estudante de Medicina) e sua conduta no contato com o paciente. Consistiu na construção do método clínico para abordagem do paciente. Facetas: 1) anamnese; 2) exame físico geral; 3) hipótese (s) diagnóstica (s); 4) solicitação de exames complementares.

Anamnese – os indicadores desta faceta foram relacionados com os elementos componentes da anamnese, segundo as bases para a prática médica: identificação; queixa principal; história da doença atual; interrogatório sintomatológico; antecedentes pessoais e familiares; hábitos de vida; condições sócio-econômicas e culturais. A quantificação destes elementos traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Exame Físico Geral – para esta faceta foram selecionados seis componentes do exame físico geral: avaliação do estado geral; tipo morfológico; temperatura corporal; edema; avaliação do estado nutricional; avaliação do estado de hidratação. A quantificação destes componentes traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Hipótese (s) Diagnóstica (s) – os tipos de diagnósticos propostos para esta faceta foram: anatômico (alteração morfológica); funcional (distúrbio da função); sindrômico (reconhecimento de uma síndrome); clínico (reconhecimento de uma entidade nosológica); etiológico (reconhecimento de um agente causal). A identificação dos tipos de diagnósticos traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Exame (s) Complementar (es) – Os indicadores para esta faceta foram selecionados considerando a possibilidade de solicitar exame (s) complementar (es) com ou sem a interferência do professor/preceptor do serviço e/ou de colegas.

Dimensão Cognitiva - Nesta dimensão, o foco foi direcionado para o profissional, com evidenciação científica e desenvolvimento de habilidades e atitudes durante o encontro clínico. Foram avaliadas as bases teóricas, métodos e aplicações que definiram a maneira de compreender os fatos e de atuar sobre eles. As informações e conhecimentos utilizados para o desenvolvimento das atividades profissionais serviram de marcadores cognitivos do encontro clínico. Facetas: 1) memorização; 2) compreensão; 3) análise crítica.

Memorização – para esta faceta foram considerados os conhecimentos específicos da profissão, segundo as seguintes condições: condução do caso com interferência total ou parcial do professor/preceptor do serviço; condução do caso com interferência total ou parcial dos colegas de turma; condução do caso com complementação das referências bibliográficas. A identificação do tipo de condução do caso traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Compreensão – o objetivo desta faceta foi relacionar os fatores de risco, os sintomas descritos pelo paciente e os achados clínicos, com a finalidade de compreender fisiologicamente a gênese da (o) doença/agravo.

Análise Crítica – para esta faceta foram considerados como indicadores, os seguintes modelos de atenção: modelo mágico (visão catedrática), onde as soluções e os recursos estiveram centralizados nas mãos do profissional médico, cujo método e pensamento científico foram incontestáveis; modelo biomédico, cujo interesse do estudo foi o aspecto biológico que justificou o momento clínico e privilegiou a doença, motivo da consulta; modelo biopsicossocial, cujo interesse do estudo foi o indivíduo inserido em um contexto social, de forma holística e que privilegiou o sujeito em processo de adoecimento.

Dimensão Ecosystemica - A contextualização no ambiente da comunidade forneceu um cenário onde o médico (ou o estudante de medicina) extraiu subsídios para compreensão do indivíduo biopsicossocial e da complexidade que envolve as questões da saúde. A postura ativa e reflexiva durante o encontro clínico sobre o

ambiente físico e suas relações possibilita atuar como agente de transformação social. Assim, na dimensão ecossistêmica, o foco foi voltado para alguns determinantes sociais de saúde. Foi avaliado pelo profissional em função do conhecimento e da habilidade de transpor a visão do atendimento individual para os diferentes cenários que compuseram a estrutura epidemiológica e sistêmica do paciente. Facetas: 1) determinantes sociais de saúde; 2) escolaridade, trabalho e renda; 3) redes sociais e comunitárias.

Determinantes Sociais de Saúde – para esta faceta foram selecionados os seguintes parâmetros em relação ao paciente e local de moradia, baseados na Ficha de Cadastro da Família, da ESF: alimentação; atividade física; tipo de habitação; número de cômodos na casa; potabilidade da água; destino dos dejetos; destino do lixo doméstico. A quantificação dos determinantes sociais de saúde traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Escolaridade, Trabalho e Renda – para esta faceta a pesquisa levou em conta, na construção dos indicadores, se houve ou não discussão destas variáveis durante o encontro clínico.

Redes Sociais e Comunitárias – para esta faceta foram consideradas as seguintes redes sociais e comunitárias de saúde (PAHO, 1999): primárias, advindas da convivência espaço temporal e do cotidiano bem delimitado (ex: parentesco, amizade, vizinhança); secundárias, que se fundamentaram nas redes politicamente constituídas, em geral, provenientes dos movimentos sociais; intermediárias, formadas por pessoas que receberam capacitação especializada, tendo como função a prevenção e o apoio [ex: ESF, Agente Comunitário de Saúde (ACS), igreja, a própria comunidade]. Os indicadores da faceta foram construídos baseados na importância de identificar as redes sociais e comunitárias de saúde durante o encontro clínico.

Dimensão Psicológica - Nesta dimensão, o foco foi voltado para o acolhimento (recepção), a harmonia no momento do encontro, a atitude relacional adotada pelo profissional frente ao paciente e os instrumentos de promoção da saúde desenvolvidos. Facetas: 1) acolhimento; 2) atitude relacional; 3) promoção da saúde.

Acolhimento – para esta faceta foram consideradas as seguintes atitudes: encontro do profissional com o paciente na sala de espera e o convite para entrar no consultório; comunicação do profissional com o paciente chamando-o pelo nome;

interesse em tirar todas as dúvidas do paciente; tempo dispensado para a consulta superior a 30 minutos; acompanhamento do paciente até a porta para as despedidas finais. A quantificação destas atitudes traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Atitude Relacional – para esta faceta foi utilizada a classificação de Rosa em relação à atitude adotada pelo profissional frente ao seu paciente: resistência; negatividade passiva; neutralidade; positividade passiva; positividade ativa (ROSA, 1970).

Promoção da Saúde – para a avaliação desta faceta, foram consideradas as seguintes ações de promoção da saúde (TERRIS, 1996): campanha contra a dependência química (tabaco e/ou álcool, por exemplo); orientação sobre alimentação saudável; orientação sobre a higiene corporal e/ou do ambiente; incentivo à prática da atividade física diária; educação sexual. A quantificação destas ações traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Dimensão Bioética - Nesta dimensão, a atenção foi voltada ao paciente, tendo como base a corrente principlista e nas atitudes desenvolvidas pelo profissional na condução do exame clínico. A utilização do conhecimento a serviço da vida serviu para definir esta dimensão tendo como justificativa o conjunto de padrões éticos dispensados no processo relacional. Facetas: 1) autonomia; 2) beneficência; 3) não maleficência; 4) justiça; 5) sigilo.

Autonomia – para esta faceta foram considerados os seguintes questionamentos relacionados às atitudes dos profissionais de saúde durante o encontro clínico: Solicitei permissão do paciente para examiná-lo? Furneci condições para que o paciente emitisse sua opinião sobre seu estado de saúde e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos dispensados? Considerei variáveis econômicas, culturais, religiosas e sociais do paciente, quando dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos? A quantificação da realização destes questionamentos traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Beneficência – para esta faceta foram consideradas as seguintes condutas: as medidas terapêuticas foram realizadas com a intenção de preservar a vida; no tratamento escolhido houve a avaliação da relação custo/benefício; os dados epidemiológicos e estatísticos da (s) hipótese (s) diagnóstica (s) foram avaliados com a

finalidade de estabelecer valores prognósticos. A quantificação destas condutas traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Não Maleficência – para esta faceta foram consideradas as seguintes atitudes: respeitar a autonomia do paciente; só falar o que sabe; só fazer o que está capacitado; justificar a não aplicação de conduta diagnóstica/terapêutica habitual; reconhecer os limites do ato médico. A quantificação destas atitudes traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Justiça – faceta relacionada com a defesa da saúde do paciente, como desdobramento da consulta médica, e fluxo no sistema de saúde. Incluiu as seguintes condutas: encaminhamentos realizados; solicitação de exames complementares; pedido de pareceres de especialistas; contato com as equipes da ESF; agendamento de cirurgias; visitas domiciliares; utilização de cenários de discussão multiprofissional. A presença de desdobramentos (ou não) do atendimento médico, na observância (ou não) dos procedimentos padronizados pelo serviço, considerando (ou não) as potencialidades disponíveis, serviu para a elaboração dos indicadores desta faceta.

Sigilo – foram consideradas as seguintes atitudes visando assegurar o sigilo médico: realização da consulta médica em um local com privacidade; letra legível no prontuário médico; organização do prontuário médico; preocupação com a proteção do arquivo dos prontuários médicos; proteção da identidade dos pacientes nas discussões acadêmicas. A quantificação destas atitudes traduziu nos quatro indicadores da faceta. Esta faceta foi construída baseada na Resolução 1.931 do Conselho Federal de Medicina (CFM), de 17/09/2009, que aprovou a reedição do Código de Ética Médica com modificações referentes aos direitos e obrigações do profissional. No capítulo 3, artigo 11, “e vedado ao médico receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível”. Como a letra legível é fundamental para permitir a compreensão da resposta, esta variável foi incluída para avaliação, entendendo que a compreensão do relatório técnico assegura, pelo registro fiel, a identidade do paciente e sua história de vida, sem a necessidade de buscar traduções com outras pessoas, evitando interpretações equivocadas (CFM, 2009).

APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento de autopercepção foi aplicado em uma amostra de 39 acadêmicos da Vª Turma de Medicina da PUC Goiás, no início do Módulo V (1ª etapa) e início do Módulo VII (2ª etapa). Foi selecionada esta turma em função do momento que o grupo de acadêmicos concluiu a Unidade de Semiologia Médica, em convergência com o cronograma da pesquisa. Em agosto de 2009, foram convidados 52 acadêmicos para participarem das duas etapas do estudo. Destes, 7 não concordaram com os termos da pesquisa. Foram aplicados 45 Protocolos Acadêmicos, com resgate de 41 documentos (respostas dos sujeitos), correspondendo à 1ª etapa. Um ano após, em agosto de 2010, foram distribuídos 41 Protocolos Acadêmicos sendo resgatados 39 (“n” da pesquisa), correspondendo à 2ª etapa. Nesta fase, dois sujeitos abandonaram, voluntariamente, a pesquisa. O objetivo foi verificar se as cinco dimensões propostas pela pesquisa, no modelo biopsicossocial, foram contempladas no encontro clínico, em dois momentos distintos da formação médica, com intervalo de um ano, entendendo este encontro como relação humana especial com variáveis relacionadas ao conhecimento científico mesclado por sentimentos e emoções.

Foi utilizado o cenário do Hospital de Ensino, SCMG, no cenário dos ambulatórios médicos, sendo que os Protocolos Acadêmicos foram aplicados após as realizações das consultas individuais, em cada etapa da pesquisa. Esta atividade, proposta na semana pedagógica do Curso de Medicina da PUC Goiás, foi desenvolvida segundo programação acadêmica contida nos manuais dos Módulos V e VII, com preceptoria dos professores das Unidades de Clínica Médica.

As respostas dos acadêmicos puderam ser complementadas utilizando os prontuários do Hospital de Ensino. Estes documentos não foram retirados do âmbito da Instituição, garantindo, assim, as questões éticas e de sigilo. A resposta em branco (faceta não quantificada) foi programada para ser classificada como grau “zero”.

Foram preservados a privacidade e o sigilo dos sujeitos da pesquisa, necessários ao cumprimento das questões éticas, embora devidamente identificados com consentimento formal ou com a utilização de pseudônimo para a estratégia do pareamento das duas etapas da pesquisa e devolutivas dos resultados.

Critérios de inclusão e exclusão

O critério de inclusão proposto esteve em concordância com o semestre do ingresso do acadêmico no ambiente ambulatorial da Clínica Médica e com a conclusão de toda a semiotécnica, ou seja, foi selecionada a Turma V do Curso de Medicina da PUC Goiás. Todos os acadêmicos matriculados nesta turma, no 2º semestre de 2009, foram convidados para o grupo do estudo e tinham mais de 18 anos de idade. Por tratar-se de 100% da turma, não houve critério prévio de exclusão com relação aos sujeitos da pesquisa. Com o objetivo de diminuir o viés da pesquisa no momento da elaboração do protocolo específico e considerando as facetas do instrumento proposto, foram selecionados pacientes com idades compreendidas entre 20 e 60 anos de idade, excluindo, portanto, as crianças, adolescentes e idosos.

ESTUDO PILOTO PARA TESTAR O PROTOCOLO ACADÊMICO

Foi elaborado um estudo piloto com 10 (dez) profissionais da saúde [médicos (6), enfermeiras (2), nutricionista (1) e psicóloga (1)], visando testar a consistência dos indicadores do Protocolo Acadêmico. Como proposta, uma crítica de todos os indicadores, facetas e dimensões, em um grupo multiprofissional, para conhecer a viabilidade de aplicação do instrumento em outras profissões da área da saúde, não médicas. Destes profissionais, apenas 1 (um) não retornou com o protocolo (médico). Os demais, 9 (nove), contribuíram para a formatação final do protocolo da pesquisa. Esta etapa ocorreu em julho de 2009, após parecer favorável do CEP/SCMG.

INSTRUMENTO DE AUTOPERCEPÇÃO DO ENCONTRO CLÍNICO

A próxima etapa da pesquisa foi a idealização de uma figura radiada, em círculo, com a faceta graduada do centro para a borda externa, ou seja, de uma posição que correspondeu à passividade ou neutralidade de ações (primeiro indicador do Protocolo Acadêmico) para uma posição crescente de pró atividade e maior interferência no modelo biopsicossocial (demais indicadores do Protocolo Acadêmico). Esta figura representa um perfil radial, com três círculos concêntricos. O grau 1 equivalente à metade do raio do grau 2 e o grau 3, à somatória dos graus 1 e 2. Sua formatação permitiu a totalização das 18 respostas das facetas, a diagramação da vivência e a

possibilidade de transformação da atuação profissional. Houve a proposta de representar os três círculos com diferentes tons de uma mesma cor. Na medida em que o sujeito se percebe (autopercepção) nos indicadores de cada faceta e assume posição de maior integralidade, uma maior área do círculo fica demarcada pela cor, quantificada em graus (Figura 4).

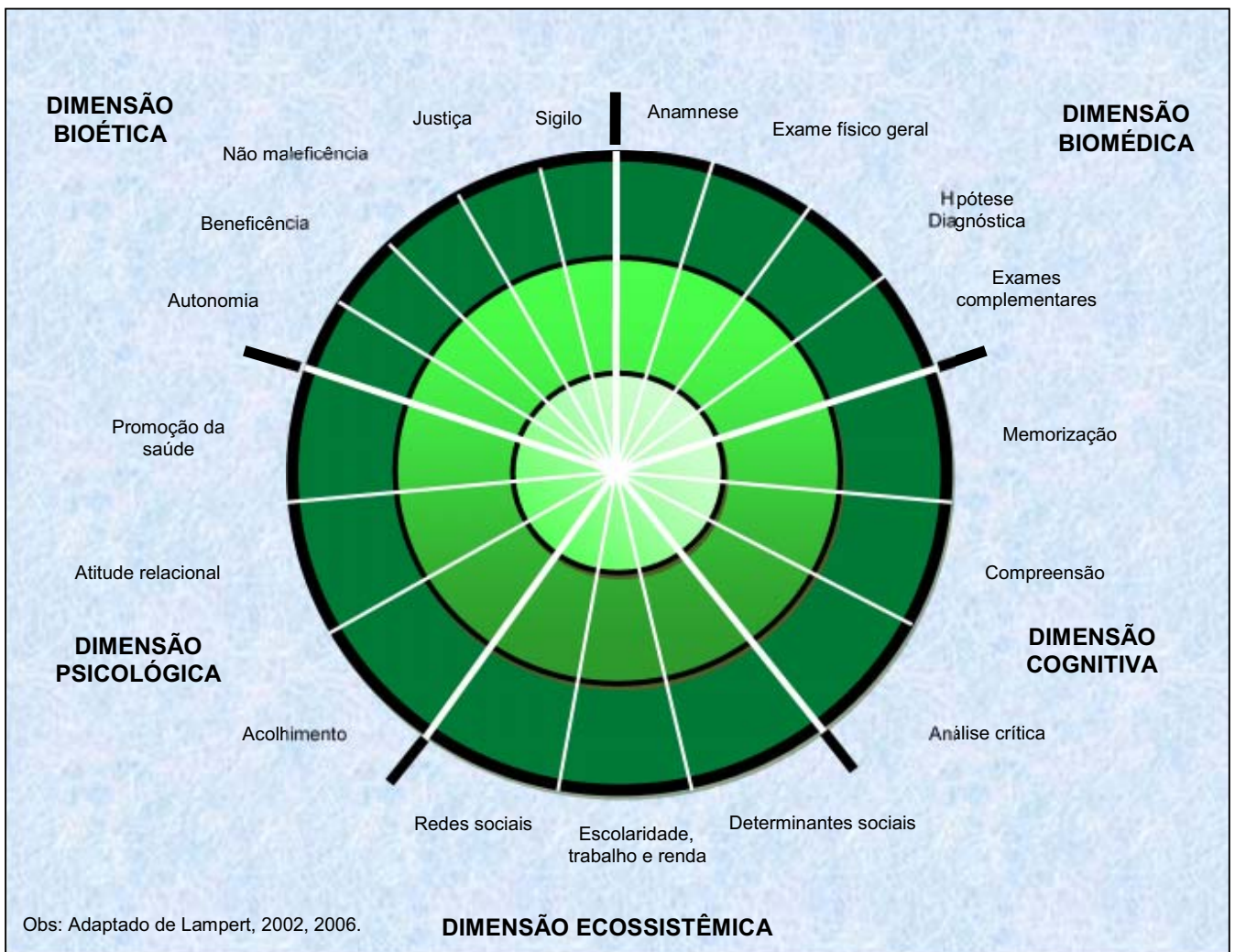


Figura 4 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial.

Foi proposta a cor verde para a etapa inicial e a cor azul para um segundo momento. O sujeito da pesquisa foi orientado da não existência de respostas verdadeiras ou falsas, mas sim, das possibilidades vivenciadas durante o encontro clínico.

ALIMENTAÇÃO DO SOFTWARE

Após o pareamento, por sujeito, os dados dos dois Protocolos Acadêmicos, foram transcritos para o programa informacional *Project2*, desenvolvido exclusivamente para esta pesquisa. Ao descrever as respostas segundo graus (zero, 1, 2, ou 3), no espaço “criar respostas”, automaticamente, as facetas por protocolo ficam configuradas segundo os resultados. Após esta etapa e com o recurso “executar”, o programa exporta as análises para o *Word, Microsoft Office*, com a construção dos dois diagramas representativos do Instrumento da Pesquisa referentes às duas etapas e com a identificação do sujeito da pesquisa na margem superior esquerda. Na etapa de diagramação das figuras, foi atribuída a cor verde para a 1ª etapa e a cor azul para a 2ª etapa (Anexo 5).

Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde no modelo biopsicossocial.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

De posse dos protocolos, pareados por acadêmico nos dois momentos distintos (1ª e 2ª etapas), os resultados nas facetas foram transcritos para os instrumentos da pesquisa (diagramas). Como a pesquisa trabalhou com variáveis categóricas, foi utilizada a Estatística Descritiva para avaliar o percentual de respostas nas diferentes facetas, utilizando as respostas dos sujeitos e do grupo. Para comparar matematicamente as respostas entre os sujeitos, foi adotado um teste não paramétrico, o Qui-Quadrado, com hipótese de nulidade de independência dos atributos (indicadores). Ao negar a hipótese de nulidade, houve a necessidade de associar outro teste, o Coeficiente V de Cramer, para medir a força do relacionamento, ou grau de associação, entre as variáveis categóricas. Esta avaliação teve como objetivo, descrever numericamente os grupos do estudo a partir da observação, do registro e das

análises, para conhecimento da abrangência do fenômeno. Os resultados foram trabalhados no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – Predictive Analytics Software (PASW) Statistics 18* e apresentados em forma de tabelas e figuras utilizando a ferramenta *Microsoft Office Excel 2007*.

QUESTÕES LEGAIS

A proposta da pesquisa e o TCLE (Anexo 2), solicitando autorização para a integração dos acadêmicos ao projeto foram encaminhados ao CEP/SCMG para apreciação e autorização do início da coleta de dados no segundo semestre de 2009. No TCLE foram apresentados os riscos relativos à metodologia proposta, bem como as normas de biosegurança e os critérios de indenização na hipótese de danos físicos e/ou morais. Pela experiência do pesquisador, este estudo foi classificado, na avaliação do risco pela relação dano/ocorrência do evento, em dano pequeno e ocorrência de eventos adversos improvável, caracterizando uma situação de baixo risco associado (HELLER, 2000). Isto se deveu ao aproveitamento do cenário da semana pedagógica do Curso de Medicina da PUC Goiás, da utilização de instrumentos metodológicos da própria IES e do Projeto Político-Pedagógico. Não foram identificadas consequências diretas relacionadas à metodologia da pesquisa, embora asseguradas as potencialidades da própria IES (PUC Goiás), representada pelo Departamento de Medicina, mediante acordo institucional previamente estabelecido e assinado pelo Diretor, para dirimir responsabilidades.

Assim, o estudo teve como proposta a utilização das semanas pedagógicas das Unidades da Clínica Médica, com preceptoria dos docentes do Departamento de Medicina da PUC Goiás, em atividades acadêmicas voltadas para a formação médica, cumprindo com todas as questões éticas e técnico-científicas no processo assistencial, onde o sujeito da pesquisa foi o acadêmico de Medicina no processo relacional. O paciente foi atendido cumprindo com os objetivos da semana pedagógica do curso, em atividades acadêmicas voltadas para a formação médica, não sendo, portanto, sujeito da pesquisa.

O parecer do CEP/SCMG foi favorável ao desenvolvimento da pesquisa mediante Protocolo nº 12/2009, de 02 de julho de 2009 (Anexo 3).

DOCUMENTAÇÃO

Os dados coletados nos Protocolos Acadêmicos nas duas etapas foram utilizados apenas para a pesquisa em questão. O manuseio dos prontuários acadêmicos seguiu as normas e procedimentos do Hospital de Ensino (Anexo 4). Estes documentos não foram retirados dos espaços físicos próprios e nem duplicados para a pesquisa.

O *software* desenvolvido no estudo é de domínio do pesquisador e poderá ser utilizado em outras pesquisas, sem os dados dos sujeitos deste estudo.

No prazo máximo de cinco anos, todos os Protocolos Acadêmicos gerados na pesquisa (físicos) serão inutilizados e destruídos por fragmentação múltipla, utilizando o equipamento *Paper Scredder*, modelo AS1510CD.

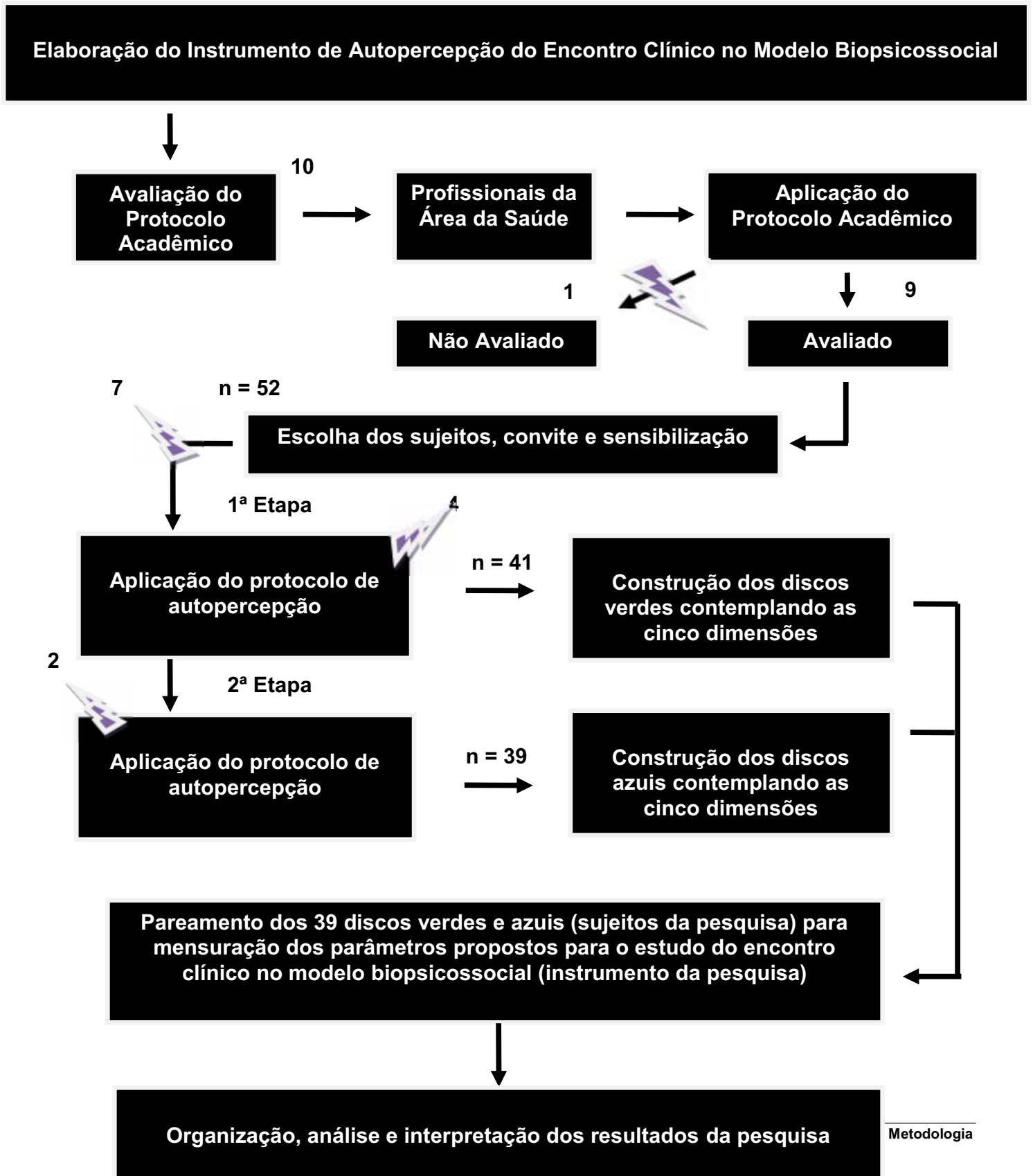
APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

O primeiro artigo desta Tese faz uma revisão da literatura sobre as reformas na saúde e na educação brasileira como cenário para a criação do Curso de Medicina da PUC Goiás. Como metodologia, houve a preocupação de apresentar a história, os pioneiros e a missão institucional como forma de agradecimento, consideração e cumplicidade. Este artigo faz uma apresentação das semanas pedagógicas e das oficinas problematizadoras contemplando ações inter e transdisciplinares. Como o Curso de Medicina da PUC Goiás optou por trabalhar com duas práticas pedagógicas ativas, PBL e problematização, foi pensando nesta proposta curricular que a pesquisa se desenvolveu enquanto metodologias problematizadoras na visão biopsicossocial.

O segundo artigo trata da construção do Instrumento da Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial com o desenvolvimento de um Protocolo Acadêmico contendo 5 dimensões, 18 facetas e 72 indicadores para esta percepção. A representação gráfica deste encontro foi materializada no programa informacional denominado de *Project2*, cujo *software* foi desenvolvido seguindo a metodologia da Tese. As cinco dimensões propostas na pesquisa foram selecionadas com base na visão biopsicossocial do adoecer (ou ter saúde): biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética.

O terceiro artigo faz uma análise da aplicação deste instrumento de autopercepção do encontro clínico em uma turma de Medicina da PUC Goiás que utiliza metodologias pedagógicas problematizadoras como prática do Projeto Político-Pedagógico. Com a participação de 39 acadêmicos, como sujeitos da pesquisa, foi possível avaliar o desempenho individual baseado na autopercepções dos encontros clínicos em duas etapas definidas e quantificar as respostas do grupo do estudo, utilizando os Protocolos Acadêmicos.

FLUXOGRAMA (APÓS PARECER FAVORÁVEL DO CEP) – Figura 5.



4. Publicações

ARTIGO 1

O CURSO DE MEDICINA DA PUC GOIÁS: NOVO PARADIGMA NA FORMAÇÃO MÉDICA

PONTIFICAL CATHOLIC UNIVERSITY OF GOIÁS MEDICAL COURSE: NEW
PARADIGM IN MEDICAL TRAINING

Gélcio Sisteroli de Carvalho^I, Sandramara Matias Chaves^{II}, Celmo Celeno Porto^{III}

^I Médico, Coordenador do Curso de Medicina da PUC Goiás, Membro da comissão de criação do Curso de Medicina da PUC Goiás, Professor Assistente II do Departamento de Medicina e Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco K, Departamento de Medicina, CEP 74605.010, Setor Universitário. gelcio.pucgo@gmail.com

^{II} Pedagoga, Doutora em Educação, Professora Titular da UFG, Pró-Reitora de Graduação da UFG e Co-orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. sandramara@prograd.ufg.br

^{III} Médico Cardiologista, Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Professor Titular da UFG e Orientador do artigo. celmo@medicina.ufg.br

RESUMO

O projeto pedagógico do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás nasceu da experiência de, aproximadamente, 30 anos de sonhos e expectativas. Foi materializado em 2005, com o parecer de autorização do Conselho

Nacional de Educação, após a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina. O estudo propõe um trabalho para ser executado nos eixos da educação médica, projeto pedagógico, cenários de prática, desenvolvimento docente, mudança organizacional, integração docente-assistencial, currículo de medicina e avaliação de programas, com a apresentação do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – novo paradigma na formação médica. Demonstra a necessidade de aprofundar o estudo com o desenvolvimento dos processos avaliativos capazes de auxiliar a identificação, o acompanhamento e a efetivação das mudanças na formação médica.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Prática Profissional;
- Aprendizagem;
- Escolas Médicas;
- Currículo.

ABSTRACT

The Pontifical Catholic University of Goiás pedagogical project for its medical course has stemmed from 30 year long dream. It came into existence in 2005 following the authorization granted by the National Council of Education after the homologation of the National Curricular Guidelines for the medical course. The present study aims at working with the fields of medical education, pedagogical project development, practical scenarios, teacher development, organizational change, teacher-assistance integration, medical curriculum as well as program assessment in order to create a new paradigm in medical formation in these early stages of the Pontifical Catholic University of Goiás Medical School. It also shows the need to further investigate the development of assessment processes which can be used to identify, follow and materialize changes in medical training.

KEYWORDS

- Education, Medical;
- Professional Practice;
- Learning;
- Schools, Medical;
- Curriculum.

MOMENTO HISTÓRICO

O projeto de criação da Universidade Católica de Goiás (UCG), hoje, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), foi idealizado pelo Arcebispo Dom Emmanuel Gomes de Oliveira, em 1948. Neste ano, foi criada a Sociedade de Educação e Ensino de Goyaz, com a missão de instalar oficialmente, manter e administrar a recém criada Faculdade de Filosofia. Essa iniciativa deu origem à formação do núcleo universitário, composto por faculdades e escolas mantidas pela Arquidiocese de Goiânia¹.

Em 1957, o primeiro Arcebispo de Goiânia, Dom Fernando Gomes dos Santos, convidou os Jesuítas para gerir a futura universidade. Em 1958, a Arquidiocese de Goiânia criou a Sociedade Goiana de Cultura (SGC), como instituição mantenedora da futura universidade. Este momento histórico foi marcado por inúmeros acontecimentos no país, importantes para o surgimento da primeira universidade da região centro-oeste do Brasil, tais como: os pródromos da criação de Brasília; a necessidade de formar quadros que viabilizassem o plano de metas do governo federal; a inserção pastoral da igreja católica na área do ensino. Assim, em 17 de outubro de 1959, através do decreto nº 47, assinado pelo então presidente da república, Dr. Juscelino Kubitschek de Oliveira, foi criada a Universidade de Goiás¹.

A década de 1960 caracterizou-se pela afirmação da missão, da identidade confessional e pela organização da estrutura jurídica e patrimonial da universidade. Nesse contexto, através do decreto presidencial nº 68.917, de 19 de julho de 1971, a Universidade de Goiás foi transformada em UCG¹.

Em consequência da reforma universitária implantada pela Lei 5.540/68, a instituição de ensino superior redefiniu sua estrutura, criando os departamentos em

substituição às faculdades e as vice-reitorias, centralizando a administração acadêmica, patrimonial e financeira. Em 1979, a administração superior passou das mãos dos padres jesuítas para uma gestão institucional.

Na década de 80 do século passado, em cumplicidade com o projeto de transição democrática no País, com as reformas na saúde e educação e articulada com os setores mais críticos e inovadores da igreja, houve uma reorientação do projeto acadêmico na definição de uma universidade católica, confessional, comunitária, filantrópica, pluralista e participativa, em ações de ensino, extensão e pesquisa.

A crise econômica e financeira das instituições de ensino, em meados de 1980, refletiu sobremaneira na UCG, com a falência do modelo educacional implantado pela reforma universitária de 1968, resultando em profundas reformas institucionais. Houve, nesta época, a reformulação do estatuto e o estabelecimento dos novos rumos, materializados na missão acadêmica/instituição, como projeto sociopedagógico².

No início deste século, novos desafios e quebras de paradigmas foram propostos, motivados pelos avanços da comunicação, da informática, da globalização da economia, da mundialização do conhecimento e pelo conjunto das transformações tecnológicas. Estas realidades colocaram, como imperativo, a necessidade de patrocinar mudanças no Plano de Desenvolvimento Institucional, no Projeto Político-Pedagógico Institucional e nas Políticas de Ensino da UCG.

No dia 09 de setembro de 2009, o cardeal Zenon Grochoelewski, prefeito da Sagrada Congregação para a Educação Católica do Vaticano, tornou públicos os documentos da Santa Sé, concedendo o reconhecimento do direito de pontifício à UCG. Em 24 de dezembro de 2009, a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC) publicou no Diário Oficial da União, nº 246, a portaria nº 1.747, de 23 de dezembro de 2009, que aditou o ato de credenciamento da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás¹.

Na sua trajetória, a PUC Goiás sempre participou das transformações da sociedade brasileira. Ao completar 50 anos de vida junto à comunidade goiana, o olhar crítico fixa na busca das ações e práticas educativas objetivando formar profissionais competentes, éticos, humanísticos e sócio-comprometidos em colocar o “conhecimento a serviço da vida” (*slogan* institucional).

A PUC Goiás, em função do compromisso com a comunidade goiana, esteve sempre atenta ao momento ideal para a criação do seu Curso de Medicina. Em janeiro de 1978, segundo portaria número 029/78-R, o reitor da UCG, Pe. José Carlos de Lima Vaz, no uso de suas atribuições resolve constituir uma comissão especial formada pelo professor João Alves de Castro (presidente), professora Amélia Rezende Teixeira (secretária), professor Pe. José Antônio Lanusa Meseguer, acadêmico de biomedicina Paulo Luiz Carvalho Francescantonio e pelos médicos Hermínio Braga Pedroso, Roberto Daher e William Barbosa para, em comum acordo com a reitoria, a Sociedade Goiana de Cultura e os demais órgãos competentes da universidade, realizar estudos de viabilidade e elaborar o projeto visando a futura implantação do Curso de Medicina. O referido projeto foi construído no modelo flexneriano de formação médica, cuja grade curricular era segmentada em curso básico e profissional. As disciplinas foram descritas enquanto conteúdos, cronogramas, estratégias, pré-requisitos e sistema de avaliação. Neste momento não houve interesse da administração superior da universidade em seguir com o projeto, por motivos institucionais.

Em 1985, houve nova discussão da reitoria, representada pelo reitor professor Pedro Wilson e o então diretor do Departamento de Ciências Biológicas e Biomédicas (CBB), professor Paulo Luiz Carvalho Francescantonio, com o objetivo de criar o Curso de Medicina. Novamente, o projeto foi abortado por questões relacionadas aos interesses institucionais.

Em 1993, o reitor, professor Ivo Mauri, e o pró-reitor de graduação, professor Paulo Luiz Carvalho Francescantonio, constituíram uma comissão formada pelos professores Luiz Murilo Martins de Araújo, Eugênio de Britto Jardim e Darcy Cordeiro com o objetivo de criar o Curso de Medicina da PUC Goiás com um projeto político-pedagógico inovador para a época, pois contemplava um curso regionalizado, com parceria financeira, estrutural e de vínculo academia/município. Neste momento, recebeu parecer favorável do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação autorizando o vestibular. Porém, a administração superior optou pelo adiamento, com a justificativa da necessidade de novos estudos, pareceres e cumplicidade com as entidades de classe.

Neste processo de maturidade e estudos de viabilidade, importantes fatos ocorreram nos cenários do país e do mundo: Carta de Alma-Ata, com a priorização da promoção da saúde; 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986; Constituição Cidadã de 1988; Reforma Sanitária e criação do Sistema Único de Saúde (SUS); Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 1990; Norma Operacional Básica do SUS (NOBS), publicada no D.O.U. de 06/11/1996, com a incorporação do modelo epidemiológico ao clínico; Reforma no Ensino Superior; Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB); e a Conferência de Edimburgo, como inspiração para a consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina³ (DCN), em 2001.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 garante, em seu artigo 6º, a saúde como um direito social, resultante das condições de vida, de trabalho, de acesso a bens e serviços indispensáveis à saúde, enfim, respaldada na estrutura epidemiológica cujos elementos: “homem” (relação indivíduo/sociedade); “meio ambiente” (relação ecológica); e “agente problematizador”, interação em processo dinâmico, aberto e multifacetário. No artigo 196, a saúde é considerada um “direito de todos e dever do Estado”, cabendo ao mesmo prover as condições necessárias ao seu pleno exercício, através da execução de políticas econômicas e sociais que visem garantir a saúde aos cidadãos⁴.

A Lei nº 8080, de 19/09/90, estabelece uma política de saúde que visa a promoção, proteção e recuperação da qualidade de vida individual e coletiva em todos os níveis de assistência⁵.

As modificações ocorridas no sistema de saúde brasileiro, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, foram profundas. Exigiram atualização institucional, centrada no novo formato do SUS, com seus princípios doutrinários da integralidade, da universalidade e a da equidade em saúde⁶. Como princípios organizacionais, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e o controle social, como importantes instrumentos para assegurar o cumprimento da doutrina, com atribuições e responsabilidades compartilhadas entre os três níveis de governo (municipal, estadual e federal), no estabelecimento de uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania⁷.

As transformações sociais e sanitárias ocorridas nas últimas décadas mudaram os padrões de incidência/prevalência das doenças; introduziram novos problemas de saúde pública, como agravos emergentes; alteraram os perfis de morbidade e de mortalidade; trouxeram para a pauta de discussões, as intervenções multissetoriais, a avaliação das políticas de controle dos agravos e a incorporação tecnológica na área da informação, análise, planejamento e intervenção⁸.

Assim, as DCN dos cursos de graduação em Medicina, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE)³, foram direcionadas no sentido de um currículo flexível, contrapondo-se às grades curriculares fechadas e rígidas.

O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA DA PUC GOIÁS

Reativando os projetos pioneiros, em agosto de 2001, o então reitor professor Marisvaldo Cortez oficializou com várias entidades médicas, autoridades municipais, estaduais e federais, o seu interesse e convite ao Conselho Regional de Medicina de Goiás (CREMEGO) para participar da iniciativa de criar o segundo Curso de Medicina em Goiás.

Várias foram as reuniões e debates entre as entidades citadas, com envolvimento favorável da classe política e da população goiana. Exceção às entidades médicas, houve um posicionamento favorável à abertura deste curso pela instituição.

Em 2001, foi constituída a Comissão de Estudos e Avaliação da Criação do Curso de Medicina na PUC Goiás, Portaria 016/2001-GR, com o objetivo de ampliar o seu parque educacional na área da saúde. Referida comissão foi composta pelo professor Nelson Jorge da Silva Junior (presidente), professora Maria Rita Santana, professora Josetti do Carmo Barbosa de Parada, representantes do Conselho Regional de Medicina (médicos Mauro Pereira Machado e Iliam Cardoso dos Santos), representante da Associação Médica de Goiás (médico Aristóteles de Castro Barros), representante do Sindicato dos Médicos do Estado de Goiás (médico Heitor Alarico Gonçalves de Freitas), e diretores dos Departamentos de Biomedicina, Enfermagem e Psicologia (respectivamente, professores Paulo Roberto de Melo Reis, Maria Salete Silva Pontieri Nascimento e Antônio Carlos Godinho Santos). Representando a

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia estiveram presentes os médicos Marcelo Neto do Carmo e Sérgio Nakamura.

A referida comissão apresentou ao CNE um projeto político pedagógico contextualizando o curso nos pressupostos internacionais para a educação médica, na legislação brasileira e nas DCN dos cursos de graduação em Medicina. Porém, a grade curricular foi descrita de forma reducionista, flexneriana, fragmentada em disciplinas e privilegiando o modelo biologicista, com visão hospitalocêntrica. A recusa do parecer de autorização da abertura do curso seguiu um protocolo de orientações e cronogramas para a reestruturação do projeto e nova apresentação no MEC.

Em 2004, o professor Wolmir Therezio Amado, reitor da PUC Goiás, por meio da portaria nº 0211/2004, com efeito retroativo a 3 de setembro de 2003, constituiu a Comissão de Implantação do Curso de Medicina formada pelos professores: Maria Salete Silva Pontieri Nascimento (presidente), Gécio Sisteroli de Carvalho, Iliam Cardoso dos Santos, Mindé Badauy de Menezes, e Paulo Luiz Carvalho Francescantonio, com os objetivos de elaborar o projeto de reestruturação e implantar o Curso de Medicina da PUC Goiás. Assessorando esta comissão estiveram presentes os professores Pedro Wilson, Clélia Brandão, Olga Izilda Ronchi, Renata Bastos Ascenço Soares, Luiz Murilo Martins de Araújo, Isabel Cristina Carvalho Medeiros Francescantonio, Sandramara Matias Chaves e Ivana Martelli. Neste ano, o resultado da verificação *in loco* das condições institucionais, com a utilização do formulário para uso dos consultores *ad hoc* da Secretaria de Educação Superior - SESu/MEC, teve como conclusão da análise dos verificadores a recomendação e a autorização do curso verificado. Este resultado foi contemplado no quadro resumo da verificação em percentual de atendimento, 100% para todas as quatro dimensões relacionadas aos aspectos essenciais e complementares. O desfecho desta etapa foi a homologação do parecer nº 014/2005 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, pelo Exmo Sr. Ministro da Educação, em 29/04/2005, autorizando a realização do primeiro concurso discente.

Buscando o aprimoramento da educação médica no cumprimento das DCN, o aperfeiçoamento do método de ensino, o estabelecimento de relações cooperativas e participativas entre as instituições de ensino médico, docentes e discentes e a defesa

dos interesses da medicina no País, a PUC Goiás solicitou à diretoria da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) o pedido de filiação. O parecer favorável e situação de Escola Associada à ABEM ocorreu, após julgamento, no Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), em Uberlândia/MG, no ano de 2007.

Do projeto para reformulação e implantação do Curso de Medicina da PUC Goiás surgiu uma organização didático-pedagógica expressa nas DCN para os cursos de Medicina³ em consonância com a redefinição dos papéis dos profissionais. A preocupação com a responsabilidade social do médico, a formação ético-humanística, generalista, a visão global do indivíduo, o processo de educação continuada, a inserção oportuna e precoce do estudante na comunidade, o domínio da tecnologia da informação em todos os seus estágios, a visão crítica do modelo assistencial e das políticas públicas de saúde no país, bem como noções de gestão e planejamento em saúde, são características deste novo profissional com conhecimento e competência para o conhecer e habilidade para o fazer, no processo relacional⁹.

No desenvolver do projeto de criação do Curso de Medicina da PUC Goiás, a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia – SCMG foi incorporada como uma das unidades do complexo deste curso, assim como o aproveitamento de parte do corpo clínico, enriquecendo significativamente a congregação dos docentes do Departamento de Medicina. Em janeiro de 2010, foi certificada como Hospital de Ensino pelas comissões de Certificação dos Ministérios da Educação e Saúde, mediante ofício nº 080/2010, representada pelos professores Helenisa Maria Gomes de Oliveira Neto, Sérgio Antônio Machado, Marcelo Netto e Roberto Batista Pedrosa, respectivamente, diretores geral, administrativo, técnico e clínico deste hospital.

O acordo de cooperação técnica entre a Prefeitura de Goiânia e a PUC Goiás foi um marco político-metodológico para a operacionalização das DCN e mudança do paradigma do modelo hospitalocêntrico para o modelo da inserção comunitária, na lógica do trabalho em equipe multiprofissional, representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Referido convênio foi celebrado pela primeira vez entre o município de Goiânia e a UCG, objetivando a cooperação técnica e científica, representado pelo chefe do poder executivo, Professor Pedro Wilson Guimarães, pelo procurador geral do município, Dr. Ricardo Antônio Dias Baptista e pelo reitor da PUC Goiás, professor

Wolmir Therezio Amado, no dia 23 de setembro de 2003, convênio nº 022/2003. O segundo convênio seguiu as cláusulas e parágrafos anteriores e foi assinado no dia 08 de abril de 2005, pelo prefeito do município de Goiânia Dr. Iris Rezende Machado e pelo secretário da saúde municipal Dr. Paulo Rassi, convênio nº 012/2005 e processo 25819225/2005.

Foi em meio a esse processo que a comissão de reestruturação curricular chegou ao modelo proposto, baseado em atividades integradoras e conteúdos temáticos, organizados em sistemas e fases evolutivas. O currículo foi centrado no estudante (maior responsabilidade sobre o seu próprio aprendizado), vinculado à dinâmica social e na resolução de problemas como estímulo para o aprendizado. Evidentemente, essa nova abordagem exigiu (e exige) uma formação adequada dos docentes, assim como material didático (equipamentos e livros) e local para estudo e desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas⁹. Os laboratórios morfo-funcional e o de habilidades são exemplos destes novos cenários para a aprendizagem.

Dessa forma o currículo da Medicina da PUC Goiás tem sido organizado de forma integrada, em complexidade crescente e oferece ao acadêmico, condições para a inserção o mais precoce possível com a realidade social e com os serviços de saúde. Também na distribuição da carga horária é reservado tempo livre ao estudante para o seu desenvolvimento intelectual mediante a pesquisa bibliográfica, consultas a bases de dados, redes de informação, entidades de classe, profissionais da área de saúde e outros, com o princípio da medicina baseada em evidência científica, utilizando cenários próprios como o caso do eixo teórico-prático integrado (oficina problematizadora utilizando a metodologia freireana da ação-reflexão-ação) e a atividade integradora (avaliação processual baseada em casos clínicos de maneira interdisciplinar)⁹.

Esta proposta, mescla de um agradável sonho, expectativas e grandes realizações, é fruto de um conjunto de esforços no sentido de propor uma perspectiva inovadora, coerente com as novas dimensões do conhecimento e responder pela missão e objetivos desta instituição de ensino superior e sua mantenedora, a igreja católica⁹.

Neste sentido, o presente estudo se justifica na apresentação do Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da PUC Goiás, com suas orientações curriculares,

abordagem pedagógica, matriz curricular e metodologia com o objetivo de apresentar a tendência de mudança na formação médica proposta por este novo curso.

Orientações curriculares do Curso de Medicina da PUC Goiás

As orientações curriculares para o projeto do curso médico da PUC Goiás, o seu enfoque pedagógico, sua matriz curricular e as exigências do sistema de saúde e educacional em vigor, articulam as atividades em sala de aula e dos laboratórios à dinâmica social, integrando teoria e prática. A doença não é vista como condição individual ou fruto das determinações genéticas, como sugere a teoria monocausal da gênese da doença, mas dependente das características ecológicas, da estrutura epidemiológica, da dinâmica social e do contexto familiar, contemplada na teoria multifatorial⁸. Tem-se como mais importante que estudar a doença é compreendê-la no organismo humano, inserido nos contextos ecológico e social (visão biopsicossocial).

É indispensável, portanto, que a organização curricular do Curso de Medicina com as características descritas, inclua condições para a interação entre o estudante e a realidade social dos usuários do sistema. As condições primordiais para o logro dos objetivos propostos são: a concordância com os princípios SUS, que tem como eixo fundamental, a integralidade assistencial, com atribuições e responsabilidades compartilhadas entre os três níveis de governo; a interação com a comunidade na vivência da dinâmica social; o reconhecimento dos estudos populacionais como instrumento para a efetiva definição de saúde pública⁹.

Este momento de implantação de um novo curso caracteriza-se pela oportunidade de aprender atuando, em que a academia e os serviços de saúde pública interagem e onde professores/estudantes/comunidade, atores do processo, têm como missão a construção de um novo modelo educacional/assistencial “com concepções de mudanças na prática médica a partir de reformas educacionais”¹⁰ (p.115).

Abordagem Pedagógica

A abordagem pedagógica reveste-se da visão de futuro da educação médica norteada pelos seguintes princípios⁹:

- formação generalista, humanística e ética, com vínculo social e compromisso comunitário;
- desenvolvimento curricular como processo de construção individual e coletiva;
- fortalecimento de uma identidade regional sem a perda da perspectiva universal;
- ênfase no processo saúde-doença com enfoque biopsicossocial;
- currículo dirigido às necessidades de saúde das coletividades;
- flexibilidade curricular, Inter e transdisciplinaridade;
- integração entre módulos e unidades temáticas;
- prática com base na construção do conhecimento, das habilidades e atitudes;
- estudante como sujeito da construção de seu conhecimento e o professor como mediador e facilitador desta aprendizagem;
- inserção do estudante na prática desde o início do curso em graus crescentes de complexidade e resolubilidade;
- diversificação dos cenários da prática;
- estímulo à busca do conhecimento mediante incentivo à pesquisa;
- acompanhamento tutorial do estudante para o cumprimento dos objetivos pedagógicos da semana;
- avaliação permanente do curso, de docentes e discentes, formativa, processual e somativa, com caráter diagnóstico transformador.

Matriz Curricular

O curso é dividido em quatro ciclos de um ano e um ciclo de dois anos (internato), totalizando seis anos de formação médica institucionalizada. Os ciclos são divididos em módulos semestrais organizados em unidades, e estas, em conteúdos temáticos. É organizado em semanas pedagógicas (20 para cada semestre) com discussão de casos-clínicos, casos-problemas e seminários com o objetivo de problematizar os conteúdos propostos no modelo tutorial e nas vivências adquiridas na comunidade escola, de forma integrada e integradora. O desenvolvimento curricular é baseado em sistemas fisiológicos (até o segundo ciclo), etapas de vida e grandes

temas relacionados ao complexo materno-infantil, neonatologia, criança, adolescente, jovem, adulto, idoso, mulher e homem (do segundo ao quarto ciclo) e internato, cumprindo a programação e a carga horária do estágio curricular obrigatório.

Metodologia Pedagógica

A organização curricular está estruturada de modo nuclear no sentido de romper a fragmentação dos diferentes âmbitos do conhecimento profissional, visando promover o repensar crítico multidisciplinar, articulado e conseqüente com as ações teórico-práticas, sejam estas curriculares obrigatórias ou não-obrigatórias⁹.

No cumprimento das DCN, o Curso de Medicina da PUC Goiás tem como linha dorsal de sustentação dois grandes eixos: **Eixo Teórico-Prático Integrado (ETPI)** e **Eixo de Desenvolvimento Pessoal (EDP)**. São articulados entre si ao longo dos seis anos do curso mediante a aproximação da prática médica (Figura 1).

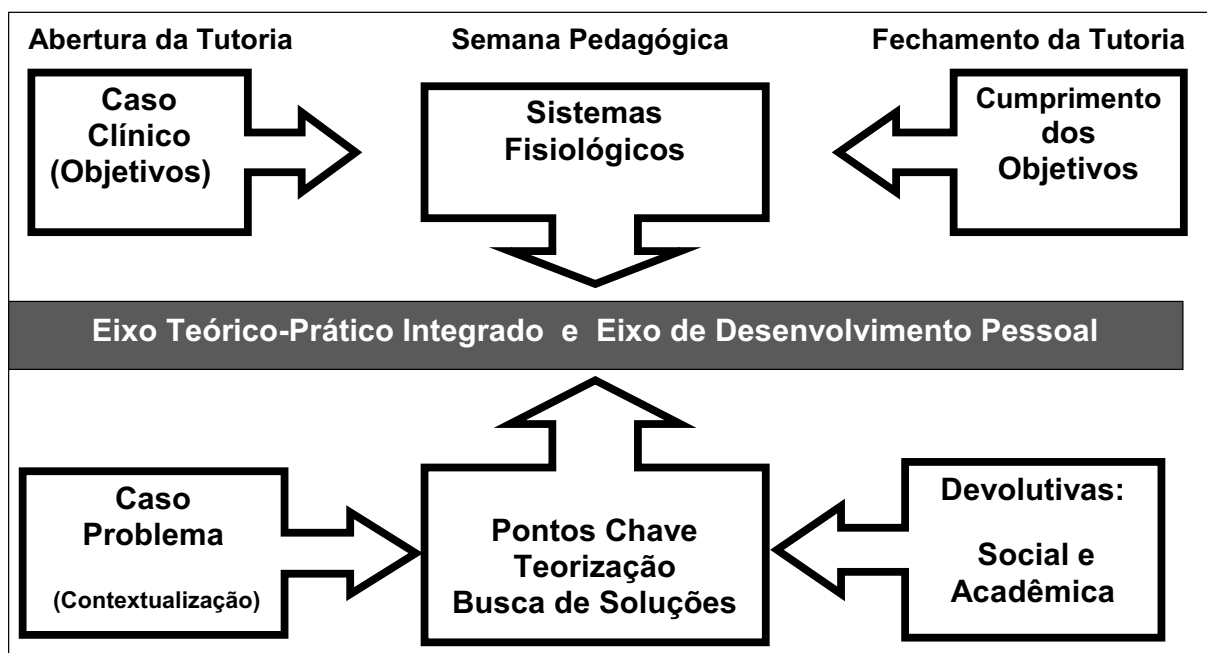


Figura 1 – Semana pedagógica do Curso de Medicina da PUC Goiás (práticas pedagógicas – PBL e Problematização).

Esta organização curricular proporciona uma formação teórica densa e um desenvolvimento de habilidades e atitudes operativas necessárias à prática profissional

competente, ética e humanizada. No ETPI, a metodologia é baseada nas estratégias metodológicas ativas que envolvem a aprendizagem baseada em problemas¹¹ (PBL *problem-based learning*) e a metodologia da problematização, que se materializam em dois momentos: caso-clínico da tutoria e caso-problema do caso do eixo teórico-prático integrado, respectivamente. Os objetivos cognitivos são estabelecidos e construídos pelos estudantes em cumplicidade com o professor tutor, com a matriz curricular, com os objetivos de cada unidade do conhecimento e com a semana pedagógica. Na metodologia da problematização há utilização do Arco de Charles Maguerez¹² com orientações para os objetivos construídos entre os estudantes e os professores mediadores. Constam de cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou do seu recorte: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade^{9,12} (Figura 2).



Fonte: BORDENAVE, 2008, p. 49 (adaptado)

Figura 2 – Esquema do arco de Charles Maguerez.

Na otimização das metodologias propostas para o Curso de Medicina da PUC Goiás, PBL e Problematização, os eixos dorsais do curso interagem de forma inter e transdisciplinar em três momentos distintos: **caso do eixo teórico-prático integrado** (CETPI), com a socialização do conhecimento e reflexão da prática entre docentes e discentes, utilizando o modelo biopsicossocial; **reunião do módulo**,

semanalmente, com todos os professores; **atividade integradora (AI)**, semanalmente, como processo de avaliação e fechamento da semana pedagógica (Figura 3).

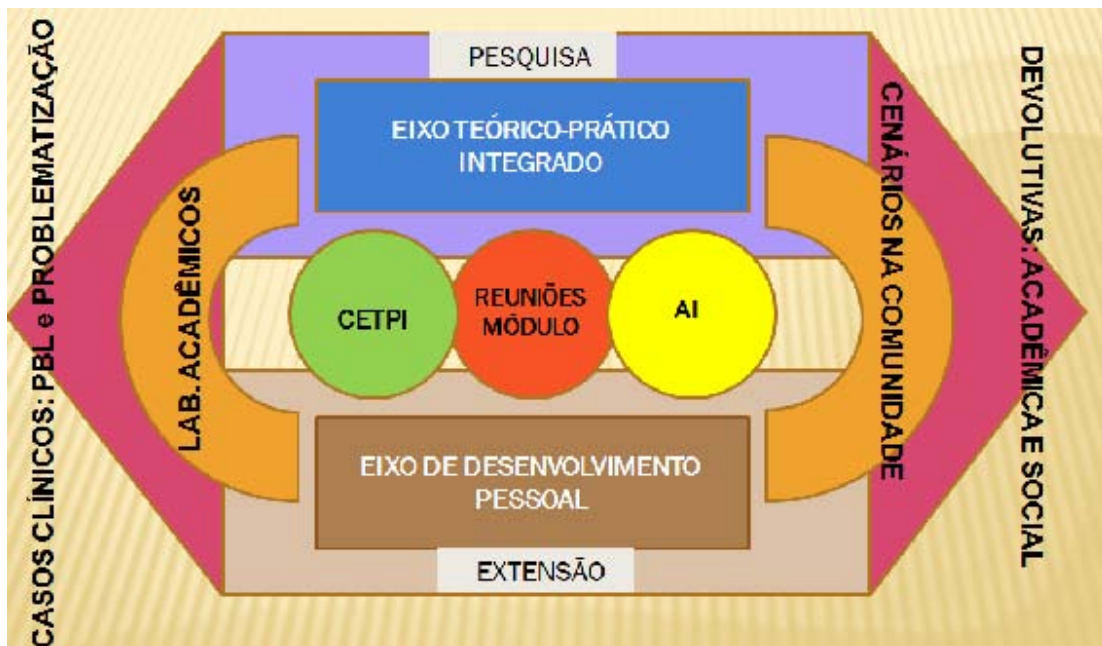


Figura 3 – Semana pedagógica do Curso de Medicina da PUC Goiás (corte transversal com momentos inter e transdisciplinares).

O caso do eixo teórico-prático integrado concretiza-se pela aproximação da prática médica, após contextualização no cenário da comunidade, propiciando uma reflexão e construção de devolutivas em contextos reais (ação-reflexão-ação). Busca a *práxis* profissional desde o primeiro ano do curso, com graus crescentes de complexidade e carga horária. Pretende, além de promover o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, criar um ambiente reflexivo que favoreça atitudes profissionais socialmente comprometidas⁹.

A interação ensino-serviço-comunidade é promovida durante todo o curso, com atividades contextualizadas na realidade sócio-sanitária da população, contemplando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde⁵, em equipes multidisciplinares, em unidades básicas, ambulatórios e hospitais da rede de saúde.

A temática saúde na comunidade constitui elemento integrador da teoria/prática e desenvolve-se ao longo do curso, em diferentes níveis de complexidade. A atuação na comunidade prioriza a visão global do ser humano e estimula o estudante a aprender, buscando, a partir de atividades integradas, a compreensão global do processo saúde-doença e sua interação social. Assim, tem a oportunidade de articular os conhecimentos, habilidades e atitudes desde o início da formação médica, com orientações para atitudes pró-ativas e de vínculos comunitários. Tem como substrato a Região Noroeste da Cidade de Goiânia, composta por Centros de Atenção Integrada a Saúde (CAIS Finsocial, Cândida de Moraes e Curitiba), maternidade (Nascer Cidadão), 17 Unidades de Atenção Básica Saúde da Família (UABSF) e 50 equipes da ESF, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia⁹.

Este eixo consolida a integração dos princípios de responsabilidade, compromisso, ética, humanismo e cientificismo. Os principais tópicos e discussões desta temática são selecionados pelo programa do curso em acordo com a demanda do serviço e de prioridades da região noroeste de Goiânia (programação compartilhada), substrato prático de todo o curso médico da PUC Goiás⁹.

Para a metodologia de “aprender-atuando”, o estudante é conscientizado do caráter dinâmico da estrutura social, cultural, econômica e epidemiológica da comunidade e reconhece que saúde pública é a ciência e arte de prolongar a vida, prevenir as doenças, oferecer bem estar físico, social e mental, mediante esforços organizados da sociedade⁸.

O projeto do curso visa oferecer à sociedade, profissionais éticos, humanísticos e competentes para o exercício da profissão médica. Assim, os cuidados relativos à assistência individual e/ou coletiva são importantes para a organização do trabalho contemplando conhecimentos, habilidades e atitudes no desempenho profissional.

Exercício Profissional

O exercício da medicina requer não só conhecimentos técnico-científicos, mas habilidades e atitudes que devem ser desenvolvidas durante os seis anos da graduação médica, bem como do perfil do egresso, que teve na formação a utilização do modelo biopsicossocial. As habilidades compreendem não só destrezas clínicas e de

comunicação, como raciocínio crítico, seleção e uso das informações e desenvolvimento de um método pessoal de aprendizagem e de educação continuada, como descrevem as macro tendências do curso (formação generalista, inserção precoce no contexto social, educação permanente e aptidão para gestão e planejamento em saúde). As atitudes compreendem a postura e os valores que os profissionais de saúde assumem no contato com colegas, professores, pacientes, familiares e outros profissionais¹³.

Cuidado às Necessidades Individuais nas Fases da Vida

Compreende a coleta de dados e informações por meio do exame clínico, envolvendo comunicação, realização de exame físico, indicação e realização de exames complementares, raciocínio clínico, análise de decisões clínicas, formulação de hipóteses diagnósticas (e diagnósticos diferenciais), comunicação de resultados, diagnóstico e prognóstico, prescrição terapêutica e orientações ao paciente¹³. Estas habilidades capacitam o estudante a obter, sintetizar, interpretar e registrar as informações clínicas e do contexto de vida dos pacientes, na visão biopsicossocial. O ponto principal destas habilidades consiste na comunicação com os pacientes, cuidadores e familiares, bem como com a equipe interdisciplinar de saúde, considerando cada paciente dentro de um contexto de necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais. A boa relação de comunicação entre o médico e o paciente é fundamental no desenvolvimento de todas as habilidades clínicas¹³.

Construir a história clínica, identificar os dados fundamentais, planejar a investigação, comunicar os resultados, responder às necessidades emocionais do paciente e decidir como gerenciar cada problema requer, fundamentalmente, a habilidade de comunicação e raciocínio clínico¹³. Assim, em cada uma das unidades o estudante estará exposto e vivenciando atividades educacionais que visam os conhecimentos, habilidades e valores necessários a uma prática de excelência técnica e ética no cuidado à saúde das pessoas⁹.

Cuidado às Necessidades Coletivas em Saúde

O projeto do Curso de Medicina da PUC Goiás, na interação com a comunidade, utiliza a epidemiologia e a definição de saúde pública em todos os ciclos da matriz curricular. Os estudos e intervenções coletivas começam com a observação do trabalho em equipe multiprofissional e termina, no internato, atuando enquanto elemento desta equipe em todos os níveis de complexidade. Nesta trajetória, as mais diferentes estratégias são operacionalizadas: participação em dias “D” (dias agendados pelo Distrito Sanitário da Região Noroeste de Goiânia – Distrito Escola – para educação em saúde e atendimento assistencial, segundo temas de importância em saúde pública); campanhas de vacinação; mutirões da saúde; participação em comissões, fóruns, conselhos locais e reuniões distritais; colaboração em projetos e programas de saúde no Distrito Escola; mediadores de grupos de pacientes; retrato da saúde/doença, dentre outras. Este diagnóstico situacional compreende a coleta de dados e informações por meio de entrevistas, questionários, inquéritos e pesquisas documentais para a formulação do problema de saúde em um conjunto ou grupo de pessoas, em um determinado espaço geográfico e social (território). Consiste na utilização de ferramentas do planejamento estratégico situacional para a análise das causas do problema e enfrentamento dos nós críticos entre as causas identificadas, consolidando no acadêmico a aptidão para gestão e planejamento em saúde. A elaboração do plano de intervenção para a superação do problema requer a utilização de critérios de viabilidade, factibilidade e vulnerabilidade das pessoas nas coletividades¹⁴.

Organização do Trabalho em Saúde

Consiste no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitam ao estudante organizar o trabalho coletivo em saúde (trabalho em equipe) orientado pelas necessidades individuais e coletivas de saúde. Esse processo requer o domínio na aplicação de indicadores de avaliação de qualidade e de risco ou potencialidade de adoecer e/ou morrer. Requer a capacidade de trabalhar com diferentes opiniões, valores e conflitos (cognitivo e afetivo) de forma ética, responsável e propositiva, visando a melhoria da própria organização do trabalho, o crescimento pessoal e profissional de todos os membros da equipe e, acima de tudo, a melhoria da

saúde das pessoas. A legislação educacional atual propõe a integração entre ensino médico, sistema de saúde e as necessidades da sociedade, com o objetivo de formar profissionais de qualidade, capazes de promover uma assistência de saúde relevante à comunidade¹⁵.

Atitude Profissional

O desenvolvimento de atitudes éticas faz parte dos objetivos educacionais gerais do programa do curso médico da PUC Goiás. A postura verbal e não verbal dos profissionais de saúde, representada pelos diferentes tipos de comunicação, pode representar a chave para a adequação da relação médico-paciente ou com a equipe de saúde. O comportamento profissional do acadêmico durante sua formação é consubstanciado no respeito à autonomia, na beneficência, na não maleficência, na confiabilidade, na honestidade, na humildade, na justiça, na paciência, na responsabilidade e na solidariedade¹⁶. Estas áreas são abordadas ao longo de todo o curso, na orientação do EDP, com espaços privilegiados para a vivência em pequenos grupos e no atendimento aos pacientes reais, bem como em eventuais situações simuladas de atendimento, como as realizadas no laboratório de habilidades e no consultório espelho (local onde são simulados encontros clínicos com a participação de atores).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto político-pedagógico, a matriz curricular, a diversificação de cenários práticos na vivência SUS, a inserção oportuna e precoce do acadêmico na dinâmica da comunidade, o vínculo social, a atuação em equipe multiprofissional e o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes de forma ética e humanística são identidades inalienáveis do Curso de Medicina da PUC Goiás.

O maior desafio para a formatação deste curso foi a quebra do paradigma do modelo tradicional como ponto de mutação¹⁷ para práticas pedagógicas ativas e com o foco do processo ensino-aprendizagem centralizado nas potencialidades dos acadêmicos. A capacitação continuada dos recursos humanos, o investimento tecnológico e estrutural (físico) e a avaliação processual dos métodos e estratégias de

aprendizagem foram, e estão sendo, ações indispensáveis para a formação médica no modelo biopsicossocial e recomendações das DCN³.

Outro desafio foi a produção de processos avaliativos capazes de superar a realidade e possibilitar ao estudante integrar conteúdos, articular diferentes perspectivas de análise, exercitar a dúvida e o desenvolvimento do espírito de investigação. A aprendizagem deve ser defendida como ato de ampliar a autonomia do educando e a avaliação, a oportunidade de reflexão, de retomada, com vistas à melhoria da qualidade da formação¹⁸.

Neste processo formativo, experiências compartilhadas entre diferentes instituições de ensino médico, representadas pela ABEM e seus congressos, foram importantes para a construção e identidade do Curso de Medicina da PUC Goiás.

Como visão de futuro, a história e a experiência de um curso médico construído pelos desejos da sociedade goiana e instituição de ensino, respaldado pelos princípios da ética, da justiça e prática de uma congregação de professores, funcionários e estudantes conscientes do dever e missão de colocar o conhecimento a serviço da vida e das coletividades.

REFERÊNCIAS

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Atualização do Plano de Desenvolvimento Institucional – PPI. 1ª versão. Goiânia: PUC Goiás; 2010. (Relatório)
2. Universidade Católica de Goiás. Regimento Geral. Goiânia: CEPEA/UCG; 2006. (Regimento)
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001;Seção1,p.38.
4. Brasil. Constituição (ano de 1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Caderno do Senado Federal, 1988.
5. Brasil. Lei Orgânica da Saúde n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização

- e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set.1990;55artigos.
6. Beltrão BB, Araújo MH, Tavares AHA. Integralidade, Equidade e Intersetorialidade. In: Augusto LGS, Beltrão AB, org. Atenção Primária à Saúde: o ensino da saúde na comunidade. Recife:UFPE Universitária;2008.p.205.
 7. Brasil. Ministério da saúde. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004; Caderno do Ministério da Saúde, p.19.
 8. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
 9. Universidade Católica de Goiás. Departamento de Medicina. Projeto Político-Pedagógico de Reestruturação do Curso de Medicina. Goiânia: UCG, 2005.
 10. Lampert JB. Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.
 11. Iochida LC. Metodologias problematizadoras no ensino em saúde. In: Batista NA, Batista SH, org. Docência em Saúde: temas e experiências. São Paulo: Editora Senac São Paulo;2004.p.153-166.
 12. Bondenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
 13. Porto CC, Branco RFGyR, Oliveira AM. Relação médico-paciente. In: Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2009.p.23-40.
 14. Guimarães VS. (Org.) Formar para o mercado ou para a autonomia? O papel da universidade. Campinas: Papirus, 2006.
 15. Mattos MCI, Araújo JGC, Maciel DT, Sumary EB. Por quê mudar? Marcos históricos para inovação curricular na área da saúde. Recife: EDUPE;2007.p.13-37.
 16. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros). Rio de Janeiro: Fiocruz;2003.p.21-74.

17. Capra F. The turning point: science, society and the rising culture. EUA: Bantam, 1983.
18. Chaves SM. A avaliação da aprendizagem no ensino superior: realidade, complexidade e possibilidades. São Paulo; 2003. Doutorado [Tese] – Universidade de São Paulo.

Artigo aguardando avaliação da Revista Brasileira de Educação Médica, da Associação Brasileira de Educação Médica, ISSN: 0100-5502 (Anexo 6).

ARTIGO 2**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AUTOPERCEPÇÃO PARA AVALIAR O ENCONTRO CLÍNICO****CONSTRUCTION OF A SELF-PERCEPTION INSTRUMENT TO ASSESS THE PHYSICIAN-PATIENT ENCOUNTER**

Gélcio Sisteroli de Carvalho^I, Sandramara Matias Chaves^{II}, Celmo Celeno Porto^{III}

^I Médico, Coordenador do Curso de Medicina da PUC Goiás, Membro da comissão de criação do Curso de Medicina da PUC Goiás, Professor Assistente II do Departamento de Medicina e Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco K, Departamento de Medicina, CEP 74605.010, Setor Universitário. gelcio.pucgo@gmail.com

^{II} Pedagoga, Doutora em Educação, Professora Titular da UFG, Pró-Reitora de Graduação da UFG e Co-orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. sandramara@prograd.ufg.br

^{III} Médico Cardiologista, Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Professor Titular da UFG e Orientador do artigo. celmo@medicina.ufg.br

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo quantificar alguns componentes do encontro clínico no modelo biopsicossocial com a elaboração de um instrumento de avaliação desenvolvido para medir os conhecimentos, habilidades e atitudes médicas no contato com o paciente. O pressuposto teórico adotado sustenta a viabilidade de quantificar a atuação profissional nas dimensões biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética. O instrumento de avaliação foi construído com 5 dimensões, 18 facetas e 72 indicadores, escalonados em 4 graus para cada faceta, que permitiram construir um

diagrama denominado “Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial”. Por meio de um perfil radial, na forma de um círculo com um ponto central e três áreas com raios crescentes, graduadas por diferentes tonalidades de cor, foi possível avaliar o encontro clínico, utilizando a autopercepção dos sujeitos. Como consequência, a possibilidade de aperfeiçoar a relação médica neste encontro, visando o crescimento profissional nas cinco dimensões propostas. Foi desenvolvido um *software* para alimentação, processamento e construção das figuras representativas das dimensões do estudo, com todas as variáveis categóricas.

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Relações Médico-Paciente;
- Autopercepção;
- Prática Profissional;
- Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The present study aimed at quantifying some of the components of the patient-physician encounter based on the biopsychosocial model through the elaboration of an assessment tool to measure the knowledge, skills and medical attitudes displayed by the physician in the interaction with the patient. The theory used lies on the possibility of quantifying professional performance in its biomedical, cognitive, ecosystemic, psychological and bioethical dimensions. The assessment tool was designed to contain 5 dimensions, 18 facets and 72 indicators scaled in 4 degrees for each facet, which resulted in a diagram called “The biopsychosocially based self-perception patient-physician encounter assessment tool”. Through a circular radial profile with a central point and three areas with crescent spirals graded by differing shades of colors, we have been able to represent the clinical encounter, using the individuals’ self-perception. Thus, we have proposed the possibility of improvement of the medical relationship in the encounter in order to reach professional growth in all five dimensions. A software

program was designed for feeding, processing and designing the study dimensions in all its category variables.

KEYWORDS

- Education, Medical;
- Physician-Patient Relations;
- Self Concept;
- Professional Practice;
- Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

Reforma Sanitária no Brasil

As modificações ocorridas no Sistema de Saúde do Brasil, desde a década de 1980, foram profundas e paradigmas foram quebrados com a incorporação de um modelo assistencial onde o objeto passou a ser o indivíduo contextualizado em um ambiente social, respaldado pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS); integralidade, universalidade e equidade. O método recebeu, junto com o padrão clínico, o modelo epidemiológico. A partir desta data houve a necessidade de aumentar a participação comunitária, bem como estudos direcionados para os diferentes ambientes geográficos, consolidando os princípios organizacionais do SUS¹.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 garante, em seu 6º artigo, a saúde como um direito social, resultante das condições de vida, de trabalho, de acesso a bens e serviços indispensáveis à saúde. No artigo 196, a saúde é considerada um direito de todos e dever inalienável do Estado, cabendo ao mesmo promover as condições necessárias ao seu pleno exercício, por meio da execução de políticas econômicas e sociais voltadas aos cidadãos^{2,3}.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece a política de saúde voltada à promoção, proteção e recuperação da qualidade de vida individual e coletiva em todos os níveis de assistência. Além da adição de novas tecnologias informacionais e de educação em saúde, estabelece ações e estratégias coletivas, compreendendo a doença como produto biopsicossocial⁴.

A gênese da doença está respaldada na estrutura epidemiológica cujos elementos indispensáveis são: *homem* (relação indivíduo/sociedade); *meio físico* (relação ecológica); e *agente etiológico* (fator causal), que interagem em processo dinâmico, aberto, multifacetário, como propõe a teoria multifatorial da origem dos conflitos no complexo saúde/doença⁵.

Outro fator histórico nos diferentes estudos demográficos e de saúde é a complexidade epidemiológica do nosso País, onde profundas transformações sociais e sanitárias ocorreram nas últimas décadas, transformando, em muitos casos, os padrões de morbidade e de mortalidade. Novos problemas de saúde pública surgiram, alterando os perfis clínico, epidemiológico, demográfico, sanitário e suas relações. Como consequência, determinou intervenções multissetoriais, avaliações continuadas do processo de atuação profissional, de gestão e planejamento em saúde. A incorporação de novas tecnologias voltadas para a coleta, processamento, análise e divulgação da informação, passou a ser indispensável para a agilidade das intervenções multiprofissionais, interdisciplinares e interparadigmáticas^{6,7}.

Reforma na Educação Superior

Paralela à Reforma Sanitária, ocorrida no País nos últimos anos, desenvolveu-se também uma Reforma na Educação Superior com a incorporação de práticas pedagógicas ativas, na tentativa de somar ao modelo tradicional, novas estratégias quebrando paradigmas relacionados com o processo ensino-aprendizagem.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área da saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) em 2001, em vigor, são direcionadas no sentido de privilegiar uma formação holística, crítico-reflexiva e sócio comprometida^{8,9}. Apontam para a necessidade de um currículo flexível, contrapondo-se às matrizes curriculares fechadas, reducionistas e rígidas^{9,10}. A estrutura curricular dinâmica das práticas pedagógicas ativas propicia condições/instrumentos ao futuro profissional para a construção do seu próprio conhecimento. Nesta proposta pedagógica, destacam-se: o currículo organizado de forma integrada e integradora, com complexidade crescente, explorando as questões cognitivas, habilidades e atitudes; a formação do profissional generalista, crítico e reflexivo, com habilidades para

desenvolver o trabalho em equipe multiprofissional; a inserção precoce e oportuna no ambiente social com seus problemas, angústias e soluções; a compreensão dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS; o entendimento da importância das práticas de gestão e planejamento em saúde; a formação apoiada em princípios éticos, humanísticos e de justiça; e a preocupação com a relação médico-paciente, suas potencialidades e nós críticos.

A formação que se pretende do profissional de saúde deve responder às expectativas do mundo do trabalho voltado para a sociedade, desejosa de profissionais com qualidades para o agir, tomar decisões e usar da criatividade, o caminho para solucionar problemas¹⁰.

A educação assume uma função mediadora de uma prática social global. A metodologia de formação necessária é aquela capaz de fazer o estudante compreender criticamente a prática social na qual vive e em que vai agir profissionalmente¹¹.

Contextualizados no cenário social, o acadêmico e o profissional da saúde têm a oportunidade de interação com as múltiplas facetas da saúde (ou do adoecer). Assim, mais importante que estudar a doença é compreendê-la no organismo suscetível, vulnerável para o desequilíbrio funcional, na dinâmica social. Reverter este quadro necessita do entendimento biopsicossocial da história da doença atual (HDA)¹².

Diante do momento histórico de mudanças na formação médica, intenciona-se o desenvolvimento da habilidade relacional médico e paciente, com uma prática problematizadora, reflexiva, de construção e reconstrução do conhecimento¹².

Como a arte clínica inclui capacidade técnica, qualidades humanas, princípios bioéticos, normas legais e depende da capacidade de relacionamento, Porto e Dantas¹³ idealizaram a seguinte equação: $AC = E[MBE + (MBV)^2]$, na qual "E" representa a Ética, "MBE" a Medicina Baseada em Evidências e "MBV" a Medicina Baseada em Vivências. O componente principal da equação é a Ética (E), pois é ela que dá o verdadeiro sentido do ato médico, já que a medicina é uma profissão a serviço do ser humano. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) leva em conta a condição orgânica do paciente e ocupa um lugar na equação com informações válidas e úteis voltadas para a formação cognitiva. A profissão médica deve ser apoiada em informações científicas e qualidades pessoais voltadas para o núcleo luminoso da medicina, a relação médico-

paciente. Por isso, como elemento importante da equação, aparece a Medicina Baseada em Vivências (MBV). Expressão idealizada na concepção fenomenológica da vida que, como ressalta Merleau-Ponty¹⁴, não é apenas o resultado de processos biológicos, mas inclui aspectos psicossociais e culturais, para compreender o paciente em sua condição humana. Vivências compreendidas dessa maneira incluem perspicácia, bom-senso, solidariedade, sensibilidade e, mais do que tudo, capacidade de se comunicar e de se relacionar com outro ser humano¹³.

Encontro Clínico

No entendimento de forças integradas entre meio externo, mente e corpo, em proporções diferentes, qualquer sistema fisiológico ou social pode afetar e ser afetado na doença¹⁵. Para compreendê-la o profissional da saúde não deve só considerar as alterações orgânicas, como defende o modelo biomédico, mas também, as visões psicossociais e ambientais, dentro dos contextos familiar, laboral, cultural e comunitário.

Este encontro entre um profissional da saúde e o paciente configura uma relação interpessoal especial, dialética e com variáveis relacionadas ao conhecimento cognitivo, sentimentos, emoções e desejos¹⁵.

A doença, diagnosticada por meio do encontro clínico, não pode ser vista como condição individual ou fruto das determinações genéticas, como sugere a teoria monocausal da gênese da doença, mas dependente das características ecológicas, da estrutura epidemiológica, da dinâmica social, do contexto familiar, do trabalho e de outras causas contempladas na teoria multifatorial de Leavel e Clark⁵.

As dimensões para a exploração semiotécnica durante o encontro clínico são importantes para definir a qualidade da relação médico-paciente. Segundo Porto, partem das seguintes premissas: a relação constitui a parte fundamental da prática médica; o exame clínico, representado pela anamnese, exame físico geral, hipótese diagnóstica e exames laboratoriais sustentam a medicina moderna; para a compreensão dos mecanismos psicodinâmicos há necessidade cognitiva de conteúdos e práticas; o método clínico requer treinamento prolongado e supervisionado; é indispensável a aquisição de conhecimentos básicos das ciências humanas (filosofia, antropologia, psicologia e sociologia), para a compreensão dos fenômenos biológicos¹⁵.

A semiotécnica, composta de técnicas para a entrevista e para o exame físico, é orientada por princípios éticos e qualidades humanas (autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e sigilo) e coexistem no encontro clínico. É essencial aprender a executar o exame clínico e, ao mesmo tempo em que vai incorporando os princípios éticos, desenvolve a capacidade de relacionamento com o paciente. Para o exercício de uma medicina de excelência, qualidades humanas são essenciais, tais como: integridade, respeito e compaixão¹⁶. Desta forma, há que se ressaltar a importância que a autopercepção do encontro clínico pode assumir no contexto da formação profissional¹⁷, quando se pretende aferir variáveis categóricas do comportamento humano. Neste sentido, o presente artigo propõe um instrumento que fomente a reflexão por meio da autopercepção dos sujeitos, médicos ou estudantes em formação, na quantificação do encontro clínico.

No momento em que as escolas médicas estão sendo desafiadas a implantar ou reformular os currículos com base nas DCN⁹, este artigo apresenta uma ferramenta de avaliação que pode contribuir na orientação do diagnóstico e acompanhamento da formação médica ao propor o Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial.

OBJETIVO

Construir um instrumento para avaliação quantitativa do encontro clínico, por autopercepção, nas dimensões biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética.

METODOLOGIA

Considerações Iniciais

O referencial para a construção do instrumento de autopercepção da pesquisa partiu da experiência da professora Lampert, quando propôs uma ferramenta com perfil radial, na forma de um círculo, para avaliação institucional contemplando o mundo do trabalho, o projeto pedagógico, a abordagem pedagógica, o cenário da prática e o desenvolvimento docente, com o objetivo de representar a percepção do colegiado, utilizando um instrumento de tipologia das escolas médicas. Esta denominação

(tipologia) teve como justificativa a compreensão e avaliação das tendências de mudanças dos cursos de graduação na formação dos profissionais da área da saúde⁸.

A estrutura do presente estudo foi proposta com o objetivo de contribuir para a construção de um instrumento voltado para a relação acadêmico-paciente, na avaliação do encontro clínico por autopercepção, utilizando o modelo biopsicossocial.

Seleção das Dimensões do Instrumento

Houve a necessidade de um protocolo contendo variáveis para serem avaliadas pelos sujeitos na tentativa de reproduzir o cenário da consulta e descrever o processo relacional desenvolvido durante o encontro clínico.

Este Protocolo Acadêmico, nome atribuído na pesquisa, seguiu uma sequência metodológica com a definição das dimensões com base na semiologia, na visão biopsicossocial do adoecer e na taxionomia de objetivos educacionais segundo Bloom et al¹⁸. O termo dimensão foi criado como resultante de forças para o cumprimento dos objetivos propostos, selecionados a partir das seguintes considerações: 1) o encontro clínico se concretiza por meio do exame clínico. Este método compreende a identificação, a análise dos sintomas, o exame físico, bem como os antecedentes pessoais e familiares de doenças e exposições a fatores de risco¹⁶; 2) a memorização, a compreensão e a reflexão crítica são os conhecimentos utilizados para o desenvolvimento das atividades profissionais¹⁵; 3) os determinantes sociais de saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde na população^{19,20,21,22}; 4) as habilidades e atitudes do médico no processo de relacionamento com o paciente vão além do conhecimento científico, pois traduzem na maneira que compreende a profissão médica, seu lado humanitário, a valorização da vida e o reconhecimento dos limites do ato médico durante o encontro clínico¹⁶; 5) o estudo do comportamento ético dos indivíduos no processo de relacionamento é fator determinante para uma boa relação profissional-paciente^{23,24}. Nesta fase da pesquisa, foram selecionadas, respectivamente, as seguintes dimensões: biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética.

Formatação do Protocolo Acadêmico

Imaginando um instrumento construído com cinco dimensões para representar todo o encontro clínico, houve a necessidade, nesta etapa da pesquisa, de elaborar o Protocolo Acadêmico. Posteriormente, as respostas deste protocolo foram traduzidas para uma figura circular, com 100% de abrangência, dividida em cinco grandes áreas. Após a definição das dimensões, houve a preocupação de descrever as facetas. A escolha deste nome foi pela definição do termo que corresponde a cada uma das faces das pedras preciosas. Na pesquisa assumiu esta idéia considerando o encontro clínico como algo de grande valor. Assim, as dimensões foram resultantes das forças vetoriais das facetas, importantes para a análise holística do encontro clínico. Na próxima etapa, partindo dos conhecimentos teóricos da faceta e do modelo biopsicossocial, houve o escalonamento das quatro respostas de cada vetor para representar a realidade vivenciada. Portanto, cada faceta foi construída em blocos contendo quatro situações alternativas (X, Y, Z e W), que foram chamadas de indicadores. Desta forma, o Protocolo Acadêmico foi formatado com 5 dimensões, 18 facetas e 72 indicadores.

O primeiro indicador de cada faceta foi sempre o de menor complexidade. Recebeu o grau zero por ser o ponto inicial, com baixo conhecimento, inabilidade e/ou ausência de atitude. Esta resposta significou “nada saber ou atuar” na faceta deste componente. O grau 3 representou o contrário, ou seja, teve relação com o máximo de desenvolvimento, envolvimento e atuação no modelo biopsicossocial. Os graus um e dois representaram valores intermediários calibrados pelos indicadores de cada faceta (Anexo 1). Assim, a base teórica para a elaboração do Protocolo Acadêmico foi traduzida para a seguinte estrutura:

Dimensão Biomédica - Nesta dimensão, o foco da avaliação foi direcionado para a competência técnica cognitiva do profissional médico (ou do estudante de medicina) e sua conduta no contato com o paciente. Consistiu na construção do método clínico para abordagem do paciente. Facetas: 1) anamnese; 2) exame físico geral; 3) hipótese (s) diagnóstica (s); 4) exame (s) complementar (es).

Anamnese – os indicadores desta faceta foram relacionados com os elementos componentes da anamnese, segundo as bases para a prática médica: identificação; queixa principal; história da doença atual; interrogatório sintomatológico; antecedentes

peçoais e familiares; hábitos de vida; e condições sócio-econômicas e culturais. A quantificação destes elementos traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Exame Físico Geral – para esta faceta foram selecionados seis componentes do exame físico geral: avaliação do estado geral; tipo morfológico; temperatura corporal; edema; avaliação do estado nutricional; avaliação do estado de hidratação. A quantificação destes componentes traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Hipótese (s) Diagnóstica (s) – os tipos de diagnósticos propostos para esta faceta foram: anatômico (alteração morfológica); funcional (distúrbio da função); sindrômico (reconhecimento de uma síndrome); clínico (reconhecimento de uma entidade nosológica); etiológico (reconhecimento de um agente causal). A identificação dos tipos de diagnósticos traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Exame (s) Complementar (es) – Os indicadores para esta faceta foram selecionados considerando a possibilidade de solicitar exame (s) complementar (es) com ou sem a interferência do professor/preceptor do serviço e/ou dos colegas.

Dimensão Cognitiva - Nesta dimensão, o foco foi direcionado para o profissional, com evidenciação científica e desenvolvimento de habilidades e atitudes no encontro clínico. Foram avaliadas as bases teóricas, métodos e aplicações que definiram a maneira de compreender os fatos e de atuar sobre eles. As informações e conhecimentos utilizados para o desenvolvimento das atividades profissionais serviram de marcadores cognitivos do encontro clínico. Facetas: 1) memorização; 2) compreensão; 3) análise crítica.

Memorização – para esta faceta foram considerados os conhecimentos específicos da área médica, segundo os seguintes encaminhamentos: condução do caso com interferência total ou parcial do professor/preceptor do serviço; condução do caso com interferência total ou parcial dos colegas de turma; condução do caso com complementação das referências bibliográficas. A identificação do tipo de condução do caso traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Compreensão – o objetivo desta faceta foi relacionar os fatores de risco, os sintomas descritos pelo paciente e os achados clínicos, com a finalidade de compreender fisiologicamente a gênese da (o) doença/agravo.

Análise Crítica – para esta faceta foram considerados como indicadores, os seguintes modelos de atenção: modelo mágico (visão catedrática), onde as soluções e os recursos estiveram centralizados nas mãos do profissional médico, cujo método e pensamento científico foram incontestáveis; modelo biomédico, cujo interesse do estudo foi o aspecto biológico que justificou o momento clínico e privilegiou a doença, motivo da consulta; modelo biopsicossocial, cujo interesse do estudo foi o indivíduo inserido em um contexto social, de forma holística e que privilegiou o sujeito em processo de adoecimento.

Dimensão Ecológica - A contextualização no ambiente da comunidade forneceu um cenário onde o médico (ou o estudante de medicina) extraiu subsídios para compreensão do indivíduo biopsicossocial e da complexidade que envolve as questões da saúde. A postura ativa e reflexiva durante o encontro clínico sobre o ambiente físico e suas relações possibilitou atuar como agente de transformação social. Assim, na dimensão ecológica, o foco foi voltado para alguns determinantes sociais de saúde. Foi avaliado pelo profissional em função do conhecimento e da habilidade de transpor a visão do atendimento individual para os diferentes cenários que compuseram a estrutura epidemiológica e sistêmica do paciente. Facetas: 1) determinantes sociais de saúde; 2) escolaridade, trabalho e renda; 3) redes sociais e comunitárias.

Determinantes Sociais de Saúde – para esta faceta foram selecionados os seguintes parâmetros em relação ao paciente e local de moradia, referenciados pela Ficha de Cadastro da Família, da ESF: alimentação; atividade física; tipo de habitação; número de cômodos na casa; potabilidade da água; destino dos dejetos; destino do lixo doméstico. A quantificação dos determinantes sociais de saúde traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Escolaridade, Trabalho e Renda – para esta faceta a pesquisa levou em conta, para a construção dos indicadores, se houve ou não discussão destas variáveis durante o encontro clínico.

Redes Sociais e Comunitárias – para esta faceta foram consideradas as seguintes redes sociais e comunitárias de saúde²⁵: primárias, advindas da convivência espaço temporal e do cotidiano bem delimitado (ex: parentesco, amizade, vizinhança); secundárias, que se fundamentaram nas redes politicamente constituídas, em geral,

provenientes dos movimentos sociais; intermediárias, formadas por pessoas que receberam capacitação especializada, tendo como função a prevenção e o apoio [ex: ESF – Agente Comunitário de Saúde (ACS), igreja, a própria comunidade]. Os indicadores da faceta foram construídos baseados na importância de identificar as redes sociais e comunitárias de saúde durante o encontro clínico.

Dimensão Psicológica - Nesta dimensão, o foco foi voltado para o acolhimento (recepção), a harmonia no momento do encontro, a atitude relacional adotada pelo profissional frente ao paciente e os instrumentos de promoção da saúde desenvolvidos. Facetas: 1) acolhimento; 2) atitude relacional; 3) promoção da saúde.

Acolhimento – para esta faceta foram consideradas as seguintes atitudes: encontro do profissional com o paciente na sala de espera e o convite para entrar no consultório; comunicação do profissional com o paciente chamando-o pelo nome; interesse em tirar todas as dúvidas do paciente; tempo dispensado para a consulta superior a 30 minutos; acompanhamento do paciente até a porta para as despedidas finais. A quantificação destas atitudes traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Atitude Relacional – para esta faceta foi utilizada a classificação de Rosa²⁶ com relação à atitude adotada pelo profissional frente ao seu paciente: resistência; negatividade passiva; neutralidade; positividade passiva; positividade ativa.

Promoção da Saúde – para a avaliação desta faceta, foram consideradas as seguintes ações de promoção da saúde²⁷: campanha contra a dependência química (tabaco e/ou álcool, por exemplo); orientação sobre alimentação saudável; orientação sobre a higiene corporal e/ou do ambiente; incentivo à prática da atividade física diária; educação sexual. A quantificação destas ações traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Dimensão Bioética - Nesta dimensão, a atenção foi voltada ao paciente, tendo como base a corrente principialista e nas atitudes desenvolvidas pelo profissional na condução do exame clínico. A utilização do conhecimento a serviço da vida serviu para qualificar esta dimensão tendo como justificativa o conjunto de padrões éticos dispensados no processo relacional. Facetas: 1) autonomia; 2) beneficência; 3) não maleficência; 4) justiça; 5) sigilo.

Autonomia – para esta faceta foram considerados os seguintes questionamentos relacionados às atitudes dos profissionais de saúde durante o encontro clínico: Solicitei permissão do paciente para examiná-lo? Furneci condições para que o paciente emitisse sua opinião sobre seu estado de saúde e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos dispensados? Considerei variáveis econômicas, culturais, religiosas e sociais do paciente, quando dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos? A quantificação da realização destes questionamentos traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Beneficência – para esta faceta foram consideradas as seguintes condutas: as medidas terapêuticas foram realizadas com a intenção de preservar a vida; no tratamento escolhido houve a avaliação da relação custo/benefício; os dados epidemiológicos e estatísticos da (s) hipótese (s) diagnóstica (s) foram avaliados com a finalidade de estabelecer valores prognósticos. A quantificação destas condutas traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Não Maleficência – para esta faceta foram consideradas as seguintes atitudes: respeitar a autonomia do paciente; só falar o que sabe; só fazer o que está capacitado; justificar a não aplicação de conduta diagnóstica/terapêutica habitual; reconhecer os limites do ato médico. A quantificação destas atitudes traduziu nos quatro indicadores da faceta.

Justiça – faceta relacionada com a defesa da saúde do paciente, como desdobramento da consulta médica, e fluxo no sistema de saúde. Incluiu as seguintes condutas: encaminhamentos realizados; solicitação de exames complementares; pedido de pareceres de especialistas; contato com as equipes da ESF; agendamento de cirurgias; visitas domiciliares; utilização de cenários de discussão multiprofissional. A presença de desdobramentos (ou não) do atendimento médico, na observância (ou não) dos procedimentos padronizados pelo serviço, considerando (ou não) as potencialidades disponíveis, serviu para a elaboração dos indicadores desta faceta.

Sigilo – foram consideradas as seguintes atitudes visando assegurar o sigilo médico: realização da consulta médica em um local com privacidade; letra legível no prontuário médico²⁸; organização do prontuário médico; preocupação com a proteção do arquivo dos prontuários médicos; proteção da identidade dos pacientes nas

discussões acadêmicas. A quantificação destas atitudes traduziu nos quatro indicadores da faceta.

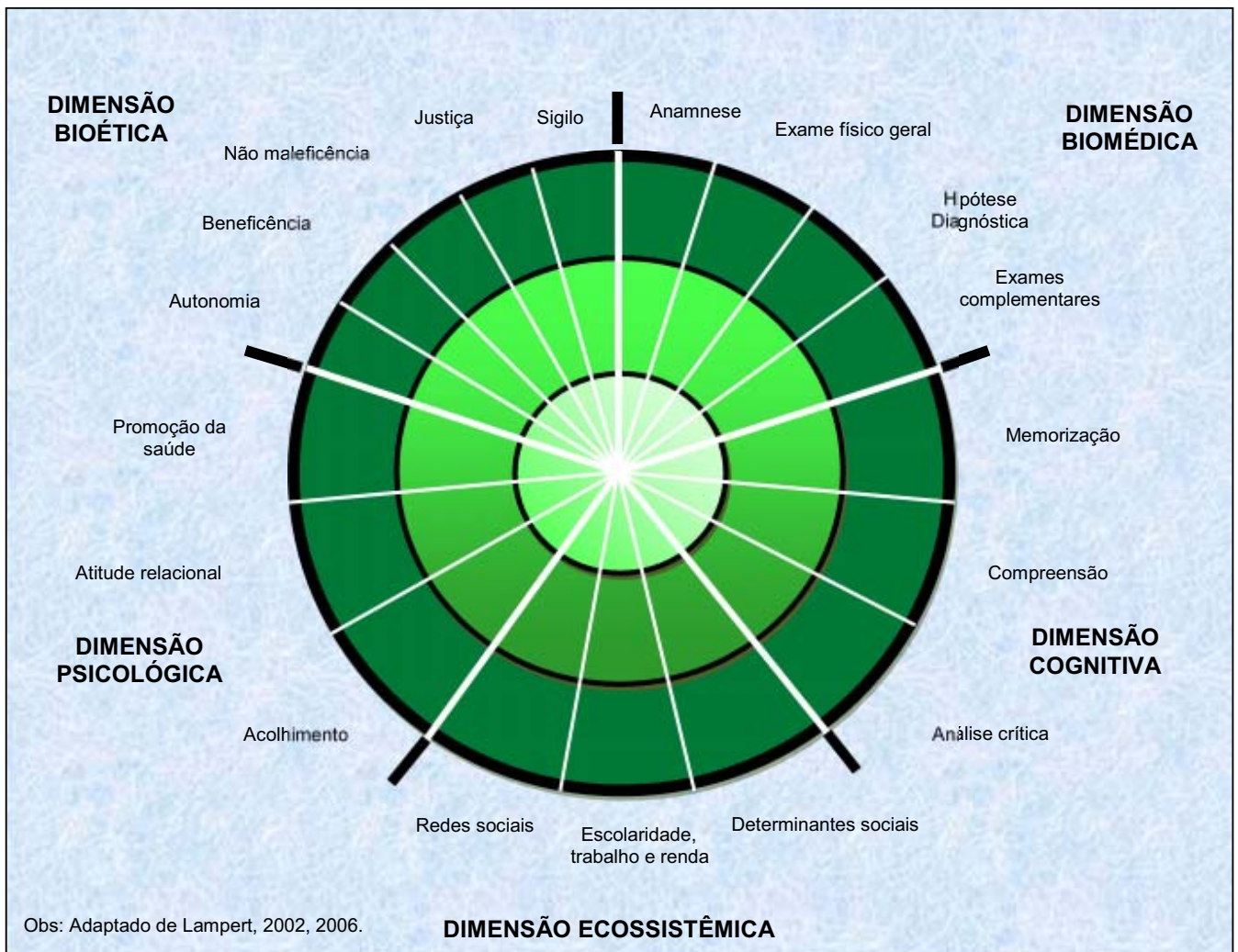
A próxima etapa da pesquisa foi a idealização de uma figura radiada, em círculo, com seus vetores dirigindo do centro para a borda externa, ou seja, de uma posição que correspondeu à passividade ou neutralidade de ações (primeiro indicador do Protocolo Acadêmico) para uma posição crescente de pró atividade e maior interferência no modelo biopsicossocial (demais indicadores do Protocolo Acadêmico). Esta figura com perfil radial, com três círculos concêntricos sendo o grau 1 equivalente à metade do raio do grau 2 e o grau 3, à somatória dos graus 1 e 2, permitiu, nos resultados da pesquisa, a totalização das 18 respostas das facetas, a representação gráfica da vivência e a possibilidade de transformação da atuação profissional. Houve a proposta de representar os três círculos com diferentes tons de uma mesma cor. Na medida em que o sujeito se percebe (autopercepção) nos indicadores de cada faceta e assume posição de maior integralidade, uma maior área do círculo fica demarcada pela cor. Foi proposta a cor verde para a etapa inicial e a cor azul para um segundo momento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Instrumento de avaliação

O principal resultado da pesquisa foi a construção do diagrama denominado “Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial”. Foi elaborado a partir do Protocolo Acadêmico e representado por uma figura de modelo radiado contendo três círculos com tons distintos em função dos seguintes graus: “zero”, ponto central; “1”, círculo menor; “2”, círculo intermediário; e “3”, círculo maior. A definição do grau para cada faceta dependeu da alternativa (indicador) selecionada pelo sujeito. Todas as facetas partiram do ponto central, zero. Utilizando o modelo biopsicossocial, quanto mais complexa a atuação do sujeito, tendo como marcador da vivência os indicadores do Protocolo Acadêmico, maior o preenchimento da área específica da faceta, do ponto central para a periferia do disco, ou seja, maior o raio do círculo e maior a tonalidade da cor. Quanto maior a regularidade da borda externa do diagrama, mais próximas do modelo biopsicossocial foram as intervenções (Figura 1).

As dimensões biomédica e cognitiva relacionaram com os conhecimentos profissionais apreendidos e materializados durante a consulta médica. A dimensão ecossistêmica contribuiu com a visão biopsicossocial e na compreensão dos multifatores associados à doença, divididos em determinantes e situações de saúde. As dimensões psicológica e bioética foram descritas com o objetivo de quantificar a relação profissional-paciente.



Obs: como exemplo, esta figura representa todas as últimas respostas das facetas, totalizando 100% do desempenho proposto no Protocolo Acadêmico.

Figura 1 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial.

Este instrumento com método quantitativo (numericamente representado), longitudinal (histórico) e coorte prospectivo (parte da exposição, buscando o efeito) apresenta uma estratégia na avaliação de diferentes momentos de um processo formativo. No caso dos estudantes de Medicina há oportunidade, a partir do processo crítico-reflexivo, de corrigir rotas e aperfeiçoar condutas contemplando os conflitos relacionados aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes evidenciadas no encontro clínico. Sua realização, aplicação prática do instrumento durante a formação médica contemplando as semanas pedagógicas da matriz curricular do curso, propicia uma metodologia de auxílio para problematizar estas vivências.

Desenvolvimento do *Software* da Pesquisa

Após a etapa de confecção do Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial, o desafio foi desenvolver um programa informacional, *software*, capaz de representar as respostas dos sujeitos nas diferentes etapas da pesquisa. Isso foi possível a partir de uma combinação de alguns programas de recursos gráficos associados com a *Microsoft Office*. Referido sistema foi desenvolvido de forma privada e proposta de patente em nome do pesquisador com o nome de *Project2*.

Quando processado, o *software* apresenta uma página principal contendo cadastro e análise (Figura 2). No cadastro, a possibilidade de selecionar a etapa, de alimentar com dados os sujeitos e descrever as respostas quantificadas em graus (Figura 3). O programa oferece recurso de alimentar um número infinito de sujeitos, mediante a definição da casuística (n da pesquisa). Ao descrever as respostas segundo pesos (0, 1, 2, ou 3), no espaço “criar respostas”, automaticamente, as facetas por sujeito são configuradas segundo resultados. Após esta etapa, o programa, quando operacionalizado com o *link* “executar”, exporta as análises para o *Word, Microsoft Office*, para digitalização e confecção do instrumento da pesquisa (Figura 4). Foi programada a cor verde para a 1ª etapa e a cor azul para a 2ª etapa, independente do tempo decorrido entre as duas intervenções, na mesma página (papel A4), com a identificação do sujeito da pesquisa na margem superior esquerda, para o pareamento das respostas por faceta e dimensão em dois momentos distintos.

Respeitando as questões éticas, os créditos para o trabalho da Professora Jadete Barbosa Lampert que serviu de referência metodológica para a construção do instrumento de autopercepção desta pesquisa, foram paginados como produto adaptado, bem como a legenda descrevendo que, em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”, ou seja, “nada saber ou atuar”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde na utilização do modelo biopsicossocial.

Autopercepção

Por meio de uma linguagem visual, as diferentes dimensões que compõem um encontro clínico, na relação de um acadêmico com seu paciente, foram avaliadas (autopercebidas pelo sujeito), com o estabelecimento de parâmetros de aperfeiçoamento da relação e do crescimento profissional contemplando conhecimentos, habilidades e atitudes.

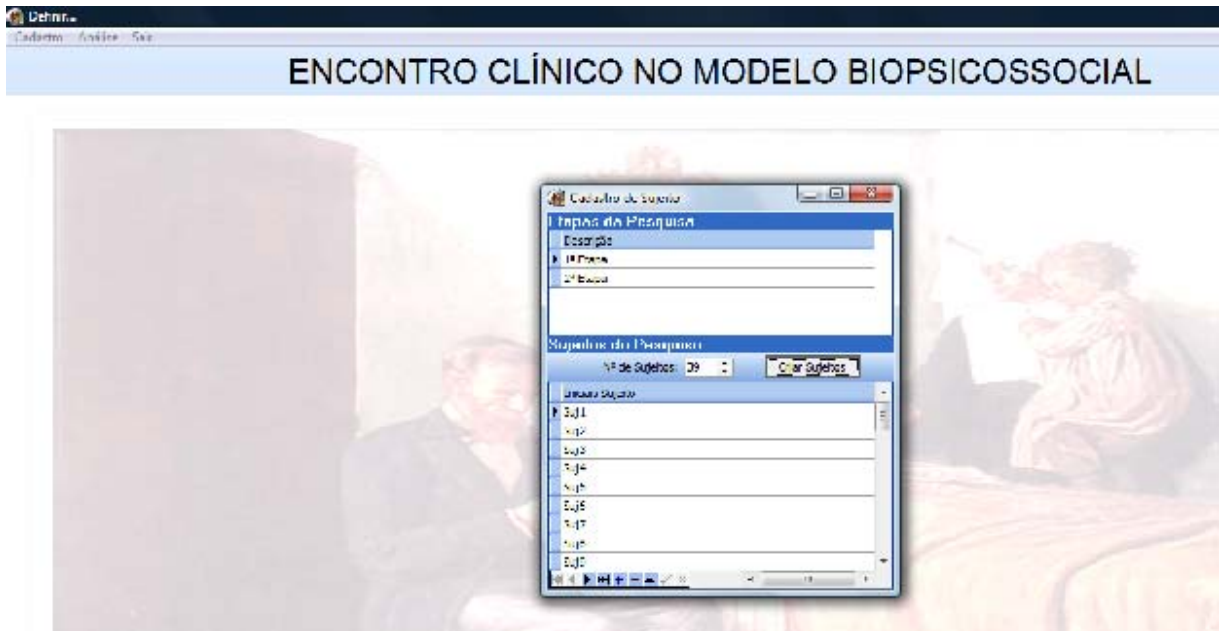


Figura 2 – Cadastro das etapas da pesquisa e dos sujeitos no Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial.

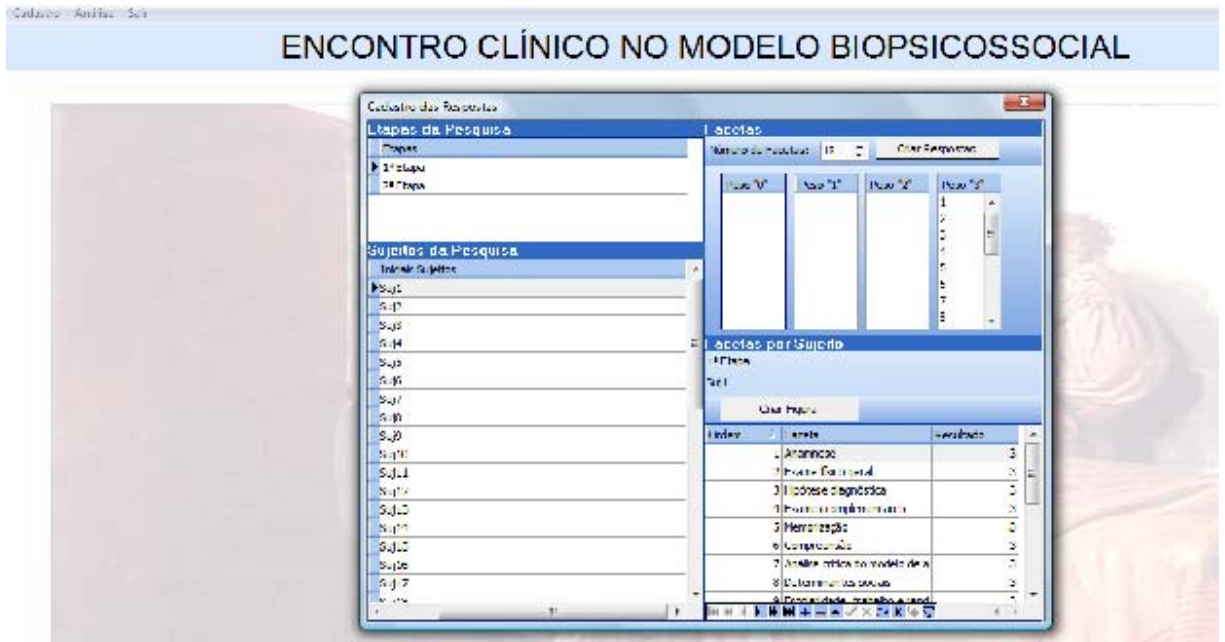
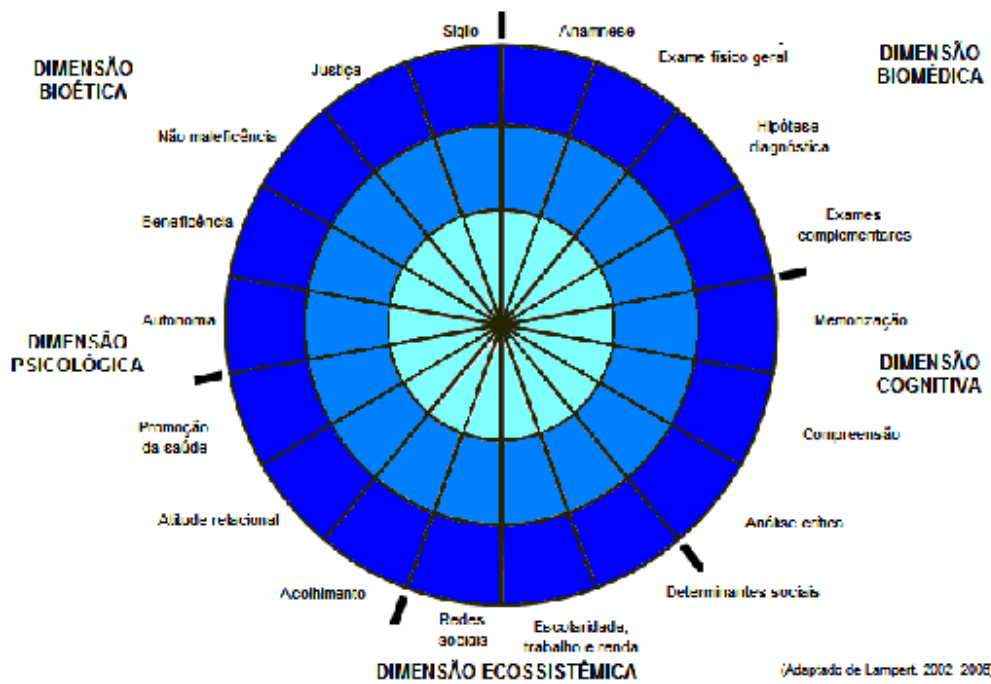
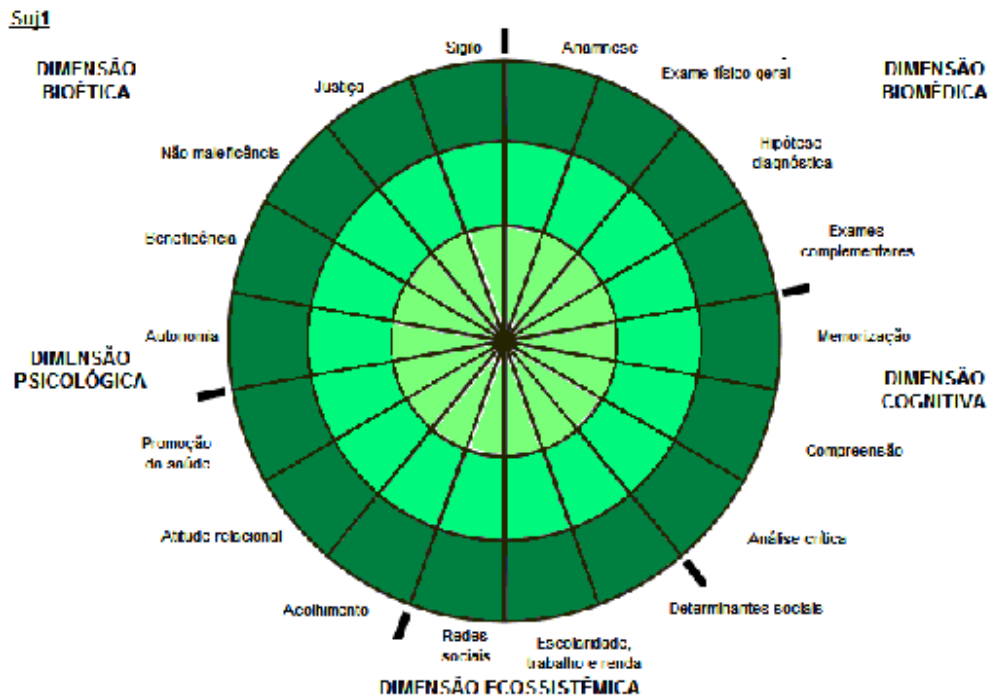


Figura 3 – Cadastro das respostas dos sujeitos no Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial.



Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 4 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em função do encontro clínico ser processual, contínuo e singular, o sujeito terá, após a elaboração do diagrama, a possibilidade de alterar os parâmetros das dimensões e suas amplitudes vetoriais, a partir do reconhecimento do seu desempenho. Para tal, deverá utilizar o processo avaliativo, dinâmico, crítico e reflexivo dos resultados do encontro clínico representados em cada faceta. Portanto, a mensuração desta autopercepção oferecerá uma avaliação quantitativa e dinâmica da sua atuação, podendo ser aplicado em diferentes momentos, bem como a possibilidade de ser adaptado para outros cursos e profissionais da área da saúde. Cabe destacar, porém, que estudos inéditos desta natureza podem requerer outras complementações e referenciais teóricos, pois os instrumentos de avaliação (autopercepção) muitas vezes não esgotam toda a gama de conceitos e práticas relacionadas às questões envolvidas na área da formação e atuação médica.

Como visão de futuro há possibilidade de:

- a) aplicar o instrumento em um grupo de acadêmicos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para testar o Protocolo Acadêmico e sua representação gráfica, por autopercepção;
- b) avaliar os componentes do encontro clínico na metodologia pedagógica proposta;
- c) adaptar o instrumento para a avaliação do desempenho, por autopercepção, em outros cursos e profissionais da área da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
2. Brasil. Senado Federal. Constituição (ano de 1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988 (Caderno do Senado Federal).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set.1990;55artigos.
5. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2009.
6. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador; 2007. Doutorado [Tese] – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
7. Rodriguez Neto E. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde - Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS. Brasília:Min. da Saúde;1994.p.7-17.
8. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABEM, 2009.
9. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Minuta da Resolução de 3 de outubro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [on line].2001. [capturado 10 mai. 2010]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0401medicina.pdf>
- 10.Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. Rev Latino-Americana 1998;6(2)83-88.
- 11.Nóvoa A. Profissão professor. Portugal: Porto Editora, 1991.
- 12.Universidade Católica de Goiás. Departamento de Medicina. Projeto Político Pedagógico de Reestruturação do Curso de Medicina. Goiânia: UCG, 2005.
- 13.Porto CC, Dantas F. $AC = E[MBE + (MBV)^2]$, uma equação matemática para a arte clínica. Rev Soc Bras Clin Med 2003;1(2)33-34.
- 14.Merleau-Ponty M. Ciências do homem e fenomenologia. São Paulo: Ed. Saraiva, 1973.
- 15.Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

16. Porto CC. Exame clínico: bases para a prática médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p.1-42.
17. Walton H. The changing medical profession: implications for medical education. *Medical Education* 1993;27(1):1-2.
18. Bloom BS, Engelhart MD, Jurst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxionomia de objetivos educacionais: domínio cognitivo (vol.1) e domínio afetivo (vol.2). Porto Alegre: Editora Globo, 1972.
19. Buss PM, Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Rev. de Saúde Coletiva* 2007;17(1):77-93.
20. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde - CNDSS. Determinantes Sociais da Saúde ou Por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros? [on line]. 2006. [capturado 11 set. 2010]. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>
21. Organização Pan-Americana de Saúde. Educación, práctica médica y necesidades sociales: una nueva visión de calidad. Washington: OPAS, 1995.
22. World Health Organization. Division of Development of Human Resources for Health. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Genebra: OMS, 1995.
23. Branco RFyR. Relação com o paciente: a teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
24. Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. National Research Act 1974; (Pub L)93-348.
25. Pan American Health Organization. Asociación de Solidariedad para los países emergentes. Redes locales frente a la violencia familiar, infrafamiliar e salud publica. Perú: PAHO; 1999. (Doc. de análise nº 2)
26. Rosa H. A responsabilidade do estudante de medicina em um Hospital de Ensino. *Rev. Ass. Med. Bras* 1970;16(10):371-37.

27. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: OPAS, Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS;1996.p.37-44.
28. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução 1.931 de 17 de setembro de 2009. [on line].2009. [capturado 12 set. 2010]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos>

Artigo construído para ser submetido à Revista Brasileira de Educação Médica, da Associação Brasileira de Educação Médica, ISSN: 0100-5502.

ANEXO 1: PROTOCOLO ACADÊMICO DA PESQUISA

Prezado (a) Acadêmico (a),

Este trabalho faz parte de uma pesquisa denominada “Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: autopercepção dos acadêmicos de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás”.

Após ter realizado a consulta médica ambulatorial, localize no grupo da faceta a afirmação (indicador X, Y, Z ou W) que melhor representou o encontro clínico para você, circundando o indicador com um círculo (sinal).

Gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo com verdades as proposições referentes a cada faceta. Não passe para a questão seguinte sem responder a anterior. Não deixe nenhuma questão em branco. Não existem indicadores verdadeiros ou falsos, porém a realidade vivenciada por você neste encontro clínico. Você poderá complementar as respostas utilizando os prontuários acadêmicos. Porém, referidos documentos não poderão ser retirados da Instituição e nem fotocopiados para a garantia das questões éticas e de sigilo. Em caso de dúvida, responda do modo que mais se aproxime da sua opinião pessoal em função do encontro clínico realizado.

Há necessidade de identificação para o pareamento das respostas em dois momentos diferentes, com um intervalo de um ano, porém será preservada a sua privacidade e, caso haja interesse (assinalar abaixo), haverá a divulgação dos resultados de forma individual. Deste modo, ficará totalmente respeitado o sigilo de suas informações.

Segundo o TCLE assinado por você, estes protocolos serão arquivados no Departamento de Medicina da PUC Goiás, sob responsabilidade desta Instituição e do pesquisador por um período máximo de 5 (cinco) anos a contar da assinatura do termo, quando será destruído pela técnica da fragmentação múltipla, impossível de ser reconstituído.

Nome do (a) acadêmico (a)	Pseudônimo

Receber os resultados? () SIM () NÃO

1. DIMENSÃO BIOMÉDICA

É a dimensão onde o encontro clínico se concretiza. Compreende os sistemas anatômicos, fisiológicos, as alterações orgânicas gerando sinais, sintomas e síndromes, bem como os antecedentes pessoais e familiares de doenças e exposições a fatores de risco. Esta dimensão define o modelo flexneriano de compreender as alterações orgânicas e a construção do pensamento clínico. Para a confirmação e possível correção dos indicadores desta dimensão serão utilizados os dados do prontuário acadêmico.

1.1. ANAMNESE

“...trazer de volta à mente todos os fatos relacionados com a doença e com a pessoa doente” (Porto, 2008). Esta faceta está relacionada com os elementos componentes da anamnese, segundo as bases para a prática médica:

- a) Identificação;
- b) Queixa principal;
- c) História da doença atual;
- d) Interrogatório sintomatológico;
- e) Antecedentes pessoais e familiares;
- f) Hábitos de vida; e
- g) Condições sócio-econômicas e culturais.

Indicador X	Durante o encontro com o paciente não fui capaz de obter nenhum componente da anamnese.
Indicador Y	Durante o encontro com o paciente fui capaz de obter no máximo três componentes da anamnese descritos na faceta.
Indicador Z	Durante o encontro com o paciente fui capaz de obter de quatro a seis componentes da anamnese descritos na faceta.
Indicador W	Durante o encontro com o paciente fui capaz de obter todos os sete componentes da anamnese descritos na faceta: identificação, queixa principal, história da doença atual, interrogatório sintomatológico, antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida e condições sócio-econômicas e culturais.

1.2. EXAME FÍSICO GERAL

O exame físico geral é realizado pela inspeção e palpação, havendo várias manobras baseadas nestes procedimentos fundamentais que obedecem uma

sequência sistematizada que vai da avaliação do estado geral até o nível de consciência (Porto, 2008; p.177). Para esta faceta foram selecionados seis componentes do exame físico geral:

- a) Avaliação do estado geral;
- b) Tipo morfológico;
- c) Temperatura corporal;
- d) Edema;
- e) Avaliação do estado nutricional; e
- f) Avaliação do estado de hidratação.

Indicador X	Não consegui realizar o exame físico.
Indicador Y	Durante o exame físico do paciente não avaliei os componentes relacionados ou avaliei/descrevi no máximo dois componentes propostos na faceta.
Indicador Z	Durante o exame físico do paciente avaliei/descrevi de três a cinco componentes propostos na faceta.
Indicador W	Durante o exame físico do paciente avaliei/descrevi todos os seis componentes propostos na faceta: avaliação do estado geral, tipo morfológico, temperatura corporal, edema, avaliação do estado nutricional e avaliação do estado de hidratação.

1.3. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Os diferentes tipos de diagnósticos servem para orientação do pensamento clínico. Os tipos de diagnósticos propostos para esta faceta foram:

- a) Anatômico (alteração morfológica);
- b) Funcional (distúrbio da função);
- c) Sindrômico (reconhecimento de uma síndrome);
- d) Clínico (reconhecimento de uma entidade nosológica); e
- e) Etiológico (reconhecimento de um agente causal).

Indicador X	Durante o encontro clínico não fui capaz de fazer hipótese (s) diagnóstica (s).
Indicador Y	Durante o encontro clínico fui capaz de estabelecer um ou dois tipos de diagnósticos descritos na faceta.
Indicador Z	Durante o encontro clínico fui capaz de estabelecer três ou quatro tipos de diagnósticos descritos na faceta.

Indicador W	Durante o encontro clínico fui capaz de estabelecer todos os cinco tipos de diagnósticos descritos na faceta: anatômico, funcional, sindrômico, clínico e etiológico.
------------------------	---

1.4. EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares são importantes instrumentos para validação da (s) hipótese (s) diagnóstica (s). Devem ser solicitados com visão crítica/reflexiva e com fundamento nas possibilidades diagnósticas nascidas no exame clínico. Os indicadores para esta faceta foram selecionados considerando a possibilidade de solicitar exame (s) complementar (es) com ou sem a interferência do professor/preceptor do serviço e/ou de colegas.

Indicador X	Não fui capaz de solicitar exames complementares ou solicitei os exames de rotina preconizados pelo serviço.
Indicador Y	Solicitei exames complementares por orientação, pois todas as indicações partiram do professor/preceptor do serviço e/ou dos meus colegas.
Indicador Z	Consegui solicitar exames complementares, porém com interferência e complementação do professor/preceptor do serviço e/ou dos meus colegas.
Indicador W	Consegui solicitar exames complementares sem interferência e complementação do professor/preceptor do serviço e/ou dos meus colegas.

2. DIMENSÃO COGNITIVA

São as informações e conhecimentos que se usa para o desenvolvimento das atividades profissionais, categorizadas em três níveis: memorização, compreensão e análise crítica.

2.1. MEMORIZAÇÃO

É o processo de armazenamento de informações e a possibilidade de sua utilização durante o encontro clínico. Para esta faceta foram considerados os conhecimentos específicos da área médica, segundo as seguintes conduções:

- a) Condução do caso com interferência total ou parcial do professor/preceptor do serviço;
- b) Condução do caso com interferência total ou parcial dos colegas de turma; e
- c) Condução do caso com complementação das referências bibliográficas.

Indicador Y	Durante o encontro clínico não utilizei conhecimentos específicos da área médica.
Indicador Z	O caso clínico foi conduzido utilizando os conhecimentos específicos da área médica por uma ou várias mediações descritas na faceta.
Indicador W	Consegui conduzir o caso clínico utilizando os meus conhecimentos específicos da área médica, complementados por uma ou várias mediações descritas na faceta.
Indicador X	Durante o encontro clínico, conduzi o caso clínico utilizando os meus conhecimentos específicos da área médica sem a necessidade de mediação, como as descritas na faceta.

2.2. COMPREENSÃO

Segundo Piaget, é o segundo estágio do conhecimento, que ocorre quando um indivíduo se apropria da informação, partindo dos conhecimentos teóricos para a aplicação concreta. O objetivo desta faceta foi relacionar os fatores de risco, os sintomas descritos pelo paciente e os achados clínicos, com a finalidade de compreender fisiologicamente a gênese da (o) doença/agravo.

Indicador Y	Durante a construção da história da doença atual, não consegui identificar os fatores de risco, os sintomas e os achados clínicos na totalidade ou em partes.
Indicador Z	Durante a construção da história da doença atual, consegui identificar os fatores de risco, os sintomas e os achados clínicos, porém sem relacioná-los.
Indicador W	Durante a construção da história da doença atual, consegui identificar os fatores de risco, os sintomas e os achados clínicos, relacionando-os entre si, porém sem a compreensão das respostas nos diferentes sistemas fisiológicos envolvidos na gênese da (o) doença/evento.
Indicador X	Durante a construção da história da doença atual, consegui relacionar os fatores de risco, os sintomas e os achados clínicos, bem como a compreensão das respostas dos diferentes sistemas fisiológicos envolvidos na gênese da (o) doença/evento.

2.3. ANÁLISE CRÍTICA DO MODELO DE ATENÇÃO

Capacidade de interpretar os dados clínicos e o modelo de atenção desenvolvido. Foram considerados como indicadores, os seguintes modelos de atenção:

a) Modelo Mágico – modelo onde as soluções e os recursos estão centralizados nas mãos do profissional médico, cujo método e pensamento científico são incontestáveis;

b) Modelo Biomédico – modelo cujo interesse do estudo é o aspecto biológico que justifica o momento clínico e privilegia a doença, motivo da consulta; e

c) Modelo Biopsicossocial – modelo cujo interesse do estudo é o indivíduo inserido em um contexto social, de forma holística e que privilegia o sujeito doente.

Indicador Y	Após o encontro com o paciente, não consegui identificar o modelo de atenção desenvolvido por mim.
Indicador Z	Considerando o encontro clínico como uma relação com o poder médico, o modelo desenvolvido por mim foi o “mágico”, onde todos os recursos e soluções estiveram centralizados em minhas mãos.
Indicador W	Utilizei o modelo “Biomédico”, estabelecendo a fragmentação do indivíduo para compreensão das alterações orgânicas indispensáveis para a explicação dos fenômenos observados (sintomatologia).
Indicador X	Utilizei o modelo “Biopsicossocial”, estabelecendo a relação do paciente com as alterações orgânicas, o ambiente físico, o psíquico e o social.

3. ECOSSISTÊMICA

A contextualização oportuna e precoce no ambiente da comunidade fornece um cenário de onde o acadêmico extrai subsídios para melhor compreensão do indivíduo nas dimensões biopsicossocial e a complexidade que envolve as questões da saúde, permitindo o desenvolvimento de postura ativa e reflexiva como agente de transformação social.

3.1. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (DSS)

Para esta faceta foram selecionados os seguintes parâmetros em relação ao paciente e local de moradia, inspirados na Ficha de Cadastro da Família, da Estratégia Saúde da Família:

- a) Alimentação;
- b) Atividade física;
- c) Tipo de habitação;
- d) Número de cômodos na casa;
- e) Potabilidade da água;
- f) Destino dos dejetos; e
- g) Destino do lixo doméstico.

Indicador Z	Durante o encontro clínico enfoquei apenas os aspectos biológicos relacionados com o paciente, sem correlacioná-los com os determinantes sociais de saúde/doença. OU Durante o encontro clínico enfoquei apenas os aspectos relacionados com os determinantes sociais de saúde, sem ressaltar os aspectos biológicos relacionados com o paciente.
Indicador W	Durante o encontro clínico enfoquei os aspectos biológicos e consegui descrever no prontuário acadêmico um, dois ou três determinantes sociais descritos na faceta.
Indicador X	Durante o encontro clínico enfoquei os aspectos biológicos e consegui descrever no prontuário acadêmico quatro, cinco ou seis determinantes sociais descritos na faceta.
Indicador Y	Durante o encontro clínico enfoquei os aspectos biológicos e consegui descrever no prontuário acadêmico todos os sete determinantes sociais descritos na faceta.

3.2. ESCOLARIDADE, TRABALHO E RENDA

Representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de mecanismos sociais e do acesso ao mercado de trabalho. A distribuição da renda e o acesso a informação são importantes indicadores para avaliar a saúde das coletividades. O diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos em função da atividade laboral (doença ocupacional) é o diferencial para o estudo das conseqüências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença (preço social). Para esta faceta foram escolhidas as seguintes variáveis: escolaridade, trabalho e renda familiar.

Indicador Z	Durante o encontro clínico não levei em conta a escolaridade, o trabalho e a renda familiar do meu paciente.
Indicador W	Durante o encontro clínico, levei em conta a escolaridade, o trabalho e a renda familiar, mas sem estabelecer relação com o quadro clínico.
Indicador X	Levei em conta a escolaridade, o trabalho e a renda familiar do meu paciente, relacionando com o quadro clínico, mas sem a estratégia de oferecer meios e sugestões para minimizar ou anular as dificuldades evidenciadas e relacionadas com as variáveis da faceta.
Indicador Y	Levei em conta a escolaridade, o trabalho e a renda familiar do meu paciente, relacionando com o quadro clínico e oferecendo meios e sugestões para minimizar ou anular as dificuldades evidenciadas no encontro clínico e relacionadas com as variáveis da faceta.

3.3. REDES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS

Forma de descrever as relações sociais, onde há troca de informações e experiências. São importantes para explicar o processo saúde doença. Para esta faceta foram consideradas as seguintes redes sociais e comunitárias de saúde:

- a) Primárias - são aquelas advindas da convivência espaço temporal e do cotidiano bem delimitado (ex. parentesco, amizade, vizinhança);
- b) Secundárias - são aquelas que se fundamentam nas redes politicamente constituídas, em geral, provenientes dos movimentos sociais; e
- c) Intermediárias - são formadas por pessoas que receberam capacitação especializada, tendo como função a prevenção e o apoio (ex. Estratégia Saúde da Família – Agente Comunitário de Saúde, igreja, a própria comunidade).

Indicador Z	Não identifiquei as redes sociais e comunitárias do paciente por não considerá-las importantes para a condução do caso clínico.
Indicador W	Considero importante identificar as redes sociais e comunitárias de saúde do paciente, porém no momento do encontro clínico não consegui identificá-las.
Indicador X	Considero importante identificar as redes sociais e comunitárias de saúde e, no momento do encontro clínico, consegui identificar apenas uma das redes descritas na faceta.
Indicador Y	Considero importante identificar as redes sociais e comunitárias de saúde e, no momento do encontro clínico, consegui identificar duas ou três redes descritas na faceta.

4. DIMENSÃO PSICOLÓGICA

Nesta dimensão estão contempladas facetas relacionadas às habilidades e atitudes do acadêmico de medicina no processo de relacionamento com o paciente. Vai além do conhecimento científico, pois traduz a maneira de compreender a profissão médica, seu lado humanitário, a valorização da vida e o reconhecimento dos limites do ato médico durante o encontro clínico.

4.1. ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma ação assistencial que pressupõe a relação entre o profissional da saúde (acadêmico) e o paciente utilizando os recursos técnicos e os valores éticos, humanitários e de solidariedade. O acolhimento é um modo de operar os

processos de trabalho em saúde para atender as pessoas que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. Para esta faceta foram consideradas as seguintes atitudes:

- a) Encontro do acadêmico com o paciente na sala de espera e o convite para entrar no consultório;
- b) Comunicação do acadêmico com o paciente chamando-o pelo nome;
- c) Interesse em tirar todas as dúvidas do paciente;
- d) Tempo dispensado para a consulta superior a 30 minutos; e
- e) Acompanhamento do paciente até a porta para as despedidas finais.

Indicador W	Durante a consulta, não consegui por em prática nenhuma atitude descrita na faceta.
Indicador X	Durante a consulta, consegui por em prática uma ou duas atitudes relacionadas na faceta.
Indicador Y	Durante a consulta, consegui por em prática três ou quatro atitudes relacionadas na faceta.
Indicador Z	Durante a consulta, consegui por em prática todas as cinco atitudes relacionadas na faceta.

4.2. ATITUDE RELACIONAL

Nesta faceta será utilizada a classificação de Rosa (1970) com relação à atitude adotada pelo estudante de medicina frente ao seu paciente:

- a) Resistência – é o tímido que se mantém à parte, recusa participar, evita assumir responsabilidade e adota uma atitude contrária quando se lhe mostra que tem obrigações;
- b) Negatividade passiva – é o observador silencioso, que depende dos outros em matéria de iniciativa;
- c) Neutralidade – é o que reconhece, às vezes, uma necessidade ou oportunidade de aprender, discute com pedantismo, cede facilmente ante os demais, não se preocupa com suas obrigações e espera que os outros façam por ele;

d) Positividade passiva – é o que demonstra ter vários interesses e reconhece a existência de problemas, inicia a ação, mas não tem concentração suficiente para chegar à fase de conclusão; e

e) Positividade ativa – é o que tem sensibilidade para perceber os problemas e oportunidades para aprender, está disposto a investigar e atuar, persiste até resolver o problema.

Indicador W	A avaliação que faço da minha atitude frente ao paciente, durante o encontro clínico, foi do tipo “resistência” ou “negatividade passiva”.
Indicador X	A avaliação que faço da minha atitude frente ao paciente, durante o encontro clínico, foi do tipo “neutralidade”.
Indicador Y	A avaliação que faço da minha atitude frente ao paciente, durante o encontro clínico, foi do tipo “positividade passiva”.
Indicador Z	A avaliação que faço da minha atitude frente ao paciente, durante o encontro clínico, foi do tipo “positividade ativa”.

4.3. ORIENTAÇÕES SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Para a avaliação desta faceta, foram consideradas as seguintes ações de promoção da saúde:

- a) Campanha contra a dependência química (tabaco e/ou álcool);
- b) Orientação sobre alimentação saudável;
- c) Orientação sobre a higiene corporal e/ou do ambiente;
- d) Incentivo à prática da atividade física diária; e
- e) Educação Sexual.

Indicador W	Não consegui orientar o paciente em relação às ações de promoção da saúde descritas na faceta.
Indicador X	Conseguí orientar o paciente em uma ou duas ações de promoção da saúde descritas na faceta.
Indicador Y	Conseguí orientar o paciente em três ou quatro ações de promoção da saúde descritas na faceta.
Indicador Z	Conseguí orientar o paciente em todas as cinco ações de promoção da saúde descritas na faceta.

5. BIOÉTICA

No atual modelo bioético, especialmente no cenário médico, a utilização da corrente principialista acrescida da não maleficência e a introdução de temas concretos como o “sigilo médico”, são diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos, como determina a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, de 10 de outubro de 1996.

5.1. AUTONOMIA

Princípio de reconhecer o direito do indivíduo de ter a sua própria maneira de compreender o mundo, de ver sua doença, de fazer escolhas e de poder agir de acordo com valores e crenças pessoais. Os pacientes têm o direito de emitir sua opinião e aceitar ou rejeitar o que o profissional da saúde lhes propõe. Toda intervenção médica para ser realizada necessita, exceção feita às urgências e emergências, do consentimento prévio do paciente ou de seu representante legal. Para esta faceta foram considerados os seguintes questionamentos relacionados às atitudes dos profissionais de saúde durante o encontro clínico:

- a) Solicitei permissão do paciente para examiná-lo?
- b) Furneci condições para que o paciente emitisse sua opinião sobre seu estado de saúde e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos dispensados?
- c) Considerei variáveis econômicas, culturais, religiosas e sociais do paciente, quando dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos?

Indicador X	Durante o encontro clínico, não considerei as atitudes descritas na faceta.
Indicador Y	Durante o encontro clínico, considerei uma atitude descrita na faceta.
Indicador Z	Durante o encontro clínico, considerei duas atitudes descritas na faceta.
Indicador W	Durante o encontro clínico, considerei todas as três atitudes descritas na faceta.

5.2. BENEFICÊNCIA

É entendida como o princípio ético da promoção do bem. Não pode o profissional exercer a beneficência de modo absoluto, mas sim dentro dos limites estabelecidos

pela dignidade intrínseca a cada pessoa. Portanto, um encontro clínico deve maximizar benefícios e minimizar prejuízos. Para esta faceta foram consideradas as seguintes condutas:

- a) As medidas terapêuticas foram realizadas com a intenção de preservar a vida;
- b) No tratamento escolhido houve a avaliação da relação custo/benefício; e
- c) Os dados epidemiológicos e estatísticos da (s) hipótese (s) diagnóstica (s) foram avaliados com a finalidade de estabelecer valores prognósticos.

Indicador X	Não adotei as condutas descritas na faceta, quando da consulta médica.
Indicador Y	Na consulta médica realizada, adotei uma conduta descrita na faceta.
Indicador Z	Na consulta médica realizada, adotei duas condutas descritas na faceta.
Indicador W	Na consulta médica realizada, adotei todas as três condutas descritas na faceta.

5.3. NÃO MALEFICÊNCIA

Pacientes devem ser resguardados de danos desnecessários. A promoção da não maleficência significa qualificar-se para a comunicação envolvendo fatores objetivos e subjetivos materializados a partir do conhecimento, habilidades e atitudes a serviço do paciente e da tentativa de anular ou minimizar os conflitos (problemas), objeto da consulta. Para esta faceta foram consideradas as seguintes atitudes:

- a) Respeitar a autonomia do paciente;
- b) Só falar o que sabe;
- c) Só fazer o que está capacitado;
- d) Justificar a não aplicação de conduta diagnóstica/terapêutica habitual; e
- e) Reconhecer os limites do ato médico.

Indicador X	Durante a consulta médica não utilizei as atitudes descritas na faceta.
Indicador Y	Durante a consulta médica utilizei uma ou duas atitudes descritas na faceta.
Indicador Z	Durante a consulta médica utilizei três ou quatro atitudes descritas na faceta.

Indicador W	Durante a consulta médica utilizei todas as cinco atitudes descritas na faceta.
------------------------	---

5.4. JUSTIÇA

A utilização dos critérios de justiça, na área da saúde, é traduzida por equidade ou garantia de prioridade de acesso daqueles mais excluídos socialmente aos serviços de saúde. Diz respeito à igualdade de todos os cidadãos. É o princípio básico de um acordo que objetiva manter a ordem social com a preservação dos direitos em sua forma legal, como descrito na Constituição Brasileira de 1988. Esta faceta está relacionada com a defesa da saúde do paciente, como desdobramento da consulta médica, e fluxo no sistema de saúde. Inclui as seguintes condutas:

- a) Encaminhamentos realizados;
- b) Solicitação de exames complementares;
- c) Pedido de pareceres de especialistas;
- d) Contato com as equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família);
- e) Agendamento de cirurgias;
- f) Visitas domiciliares; e
- g) Caso Clínico do Eixo Teórico-Prático Integrado.

Indicador X	Considerando as condutas descritas na faceta, não realizei desdobramentos do atendimento médico.
Indicador Y	Considerando as condutas descritas na faceta, realizei desdobramentos do atendimento médico sem obedecer aos procedimentos padronizados pelo serviço.
Indicador Z	Considerando as condutas descritas na faceta, realizei desdobramentos do atendimento médico obedecendo aos procedimentos padronizados pelo serviço.
Indicador W	Considerando as condutas descritas na faceta, realizei desdobramentos do atendimento médico obedecendo aos procedimentos padronizados pelo serviço e seguindo um padrão sistemático de cuidados, considerando os recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde - SUS.

5.5. SIGILO

A necessidade de preservar a privacidade representa um direito do paciente e uma obrigação ética e deontológica do médico. A inobservância deste critério pode causar implicações jurídicas e de responsabilidade profissional. Esta faceta representa

a postura do acadêmico em relação à identidade do paciente e informações coletadas após a consulta médica. Foram consideradas as seguintes atitudes visando assegurar o sigilo médico:

- a) Realização da consulta médica em um local com privacidade;
- b) Letra legível no prontuário médico;
- c) Organização do prontuário médico;
- d) Preocupação com a proteção do arquivo dos prontuários médicos; e
- e) Proteção da identidade dos pacientes nas discussões acadêmicas.

Indicador X	Em função do aprendizado da medicina e por tratar-se de um ambiente acadêmico, não preservei a privacidade do paciente.
Indicador Y	Preservei a privacidade do paciente com a identificação de uma ou duas atitudes descritas na faceta.
Indicador Z	Preservei a privacidade do paciente com a identificação de três ou quatro atitudes descritas na faceta.
Indicador W	Preservei a privacidade do paciente com a identificação de todas as cinco atitudes descritas na faceta.

4.3. Artigo 3

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AUTOPERCEPÇÃO DO ENCONTRO CLÍNICO NO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

ASSESSMENT OF THE BIOPSYCHOSOCIALLY BASED SELF-PERCEPTION PATIENT- PHYSICIAN ENCOUNTER TOOL

Gélcio Sisteroli de Carvalho^I, Sandramara Matias Chaves^{II}, Celmo Celeno Porto^{III}

^I Médico, Coordenador do Curso de Medicina da PUC Goiás, Membro da comissão de criação do Curso de Medicina da PUC Goiás, Professor Assistente II do Departamento de Medicina e Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco K, Departamento de Medicina, CEP 74605.010, Setor Universitário. gelcio.pucgo@gmail.com

^{II} Pedagoga, Doutora em Educação, Professora Titular da UFG, Pró-Reitora de Graduação da UFG e Co-orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. sandramara@prograd.ufg.br

^{III} Médico Cardiologista, Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Professor Titular da UFG e Orientador do artigo. celmo@medicina.ufg.br

RESUMO

Os objetivos desta pesquisa foram os de quantificar alguns componentes do encontro clínico no modelo biopsicossocial, testar o instrumento de autopercepção desta vivência e avaliar os componentes deste encontro, tendo como sujeitos, 39 acadêmicos de Medicina da PUC Goiás. A pesquisa foi caracterizada como quantitativa, longitudinal e coorte prospectiva, constituída de duas etapas e um intervalo de 1 ano entre as aplicações dos dois Protocolos Acadêmicos do estudo, após a conclusão da Semiologia Médica, abordando e avaliando as dimensões: biomédica, cognitiva,

ecossistêmica, psicológica e bioética. O instrumento de avaliação foi construído com 5 dimensões, 18 facetas e 72 indicadores, divididos em blocos de quatro alternativas para cada faceta, graus zero, 1, 2 ou 3. Quanto maior o grau, maior complexidade voltada para o modelo biopsicossocial, representada pelo programa informacional desenvolvido pelo pesquisador. Os resultados serviram para testar a consistência do *software*, com controle de qualidade para todas as respostas. Utilizando a estatística descritiva, o crescimento do desempenho do grupo do estudo foi observado matematicamente, quando comparadas as respostas em porcentagem nas duas etapas da pesquisa. Houve associação fraca entre as variáveis categóricas (facetas) utilizando a relação do teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer, com exceção das facetas: Análise Crítica ($p \chi^2 = 0,002$); Determinantes Sociais de Saúde ($p \chi^2 = 0,007$); e Promoção da Saúde ($p \chi^2 = 0,049$). Na autopercepção individual, tomando como referências as respostas nas facetas, 26 sujeitos (66,7%) demonstraram crescimento no processo de formação; 6 (15,4%) apresentaram declínio e 7 (17,9%) ficaram inalterados. Na análise do desempenho dos sujeitos por faceta, foi observada a relação de 2,9 vezes mais autopercepções com crescimento, embora evidenciada a heterogeneidade do grupo. Como visão de futuro, há possibilidade de patrocinar reflexões sobre os desempenhos individuais nas diferentes dimensões do encontro clínico e a oportunidade de avaliar os comportamentos e atitudes voltadas para as variáveis do encontro clínico na perspectiva do modelo biopsicossocial.

PALAVRAS-CHAVE

- Prática Profissional;
- Aprendizagem;
- Autopercepção;
- Relações Médico-Paciente;
- Autoavaliação.

ABSTRACT

The aims of the present study were quantifying some of the components of the patient-physician encounter based on the biopsychosocial model, testing the

effectiveness of the self-perception tool and evaluating the components of this encounter in 39 medical students from the Pontifical Catholic University of Goiás. This was a quantitative, longitudinal and cohort study divided into two academic study protocols preceded by a Medical Semiological conclusion on the following dimensions: biomedical, cognitive, ecosystemic, psychological and bioethical. The assessment tool used was designed to contain 5 dimensions, 18 facets and 72 indicators scaled in 4 degrees for each facet. The higher the degree the higher the complexity of the biopsychosocial model represented by the software program developed by the researcher. The results showed the effectiveness of the software, following a quality control process across all responses. We have used descriptive statistics to mathematically analyze the increase in the study group performance, and compare the responses in percentages in the two stages of the study. We have found a weak association between the category variables (facets) using the Chi-square ratio with the Cramer's-V Coefficient, except for the following facets: Critical Analysis ($p \chi^2 = 0,002$); Social Health Indicators ($p \chi^2 = 0,007$); e Health Promotion ($p \chi^2 = 0,049$). As for individual self-perception, having the facet responses as a reference, 26 subjects (66,7%) showed growth in the formation process; 6 (15,4%) showed decrease and 7 (17,9%) remained unaltered. In the analysis of the subjects' performance per facet, we have found a relationship of 2,9 as many self-perceptions with growth, though group heterogeneity was evidenced. The long-term benefits of our findings include opportunities for insights on individual performances in the different dimensions of the patient-physician encounter as well as creating ways to assess the attitudes involved in such encounters in the light of the biopsychosocial model.

KEYWORDS

- Professional Practice;
- Learning;
- Self Concept;
- Physician-Patient Relations;
- Self Assessment.

INTRODUÇÃO

A prática do encontro clínico está intimamente relacionada com a formação profissional refletindo a qualidade, a competência, a ética e o compromisso com o ato cuidador, representado pela ciência e arte do mais alto respeito à vida humana. A graduação em Medicina no Brasil, com duração mínima de 6 anos, procura formar indivíduos com perfil que mescla um currículo teórico-prático integrado com o desenvolvimento pessoal ético e sócio-comprometido¹.

Compreende a aquisição de conhecimentos, habilidades específicas e habilidades emocionais que, representadas pelas atitudes, constituem um complexo objeto de estudo da formação médica². O conhecimento, como ato ou efeito de abstrair idéias ou noções de um determinado conteúdo, assume representação no modelo científico quando gera ações e intervenções. A teoria implica na inserção da realidade, num contato com o real, para observação, comprovação e vivência. A plenitude desta vivência é a prática social. Neste sentido, teorizar é contemplar práticas libertadoras^{3,4}. As habilidades como grau de desempenho do sujeito frente a um determinado objeto, seu desenvolvimento e o estímulo de novas aptidões, tornam-se processos essenciais, na medida em que criam as condições necessárias para o enfrentamento das novas situações que se apresentam. Privilegiar a aplicação da teoria na prática e enriquecer a vivência da ciência na tecnologia (e destas no social) passa a ter um novo significado no desenvolvimento da sociedade⁵. As atitudes são o conjunto de crenças, sentimentos e tendências comportamentais dos sujeitos frente a determinados objetos sociais⁶.

Como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina defendem a avaliação das competências discentes e docentes, de maneira dialogada e cúmplice, o monitoramento desta relação deve ser proposta curricular.

Instrumentos de avaliação de desempenho profissional, na quantificação da atuação propriamente dita, têm sido cada vez mais utilizados como auxiliares para verificação e validação dos currículos das escolas superiores no País⁷. Na prática clínica, tais instrumentos patrocinam o registro do processo assistencial e muitas vezes podem ser importantes auxiliares no diagnóstico da qualidade do atendimento realizado⁸.

Em recente mobilização nacional na defesa do Exame de Ordem para os recém formados médicos, Martins⁹, então Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), argumentou:

“Avaliar em um único momento, no final de toda a formação é uma estratégia de avaliação inadequada e anacrônica. A avaliação deve ser feita em vários momentos do curso médico, com variados instrumentos de avaliação, que possa medir a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes médicas. A avaliação deve ser formativa, o avaliado deve ter sempre um retorno de sua avaliação para que possa se recuperar e a instituição deve ser responsável por essa recuperação”

Quando se discute avaliação no meio acadêmico, há consenso da complexidade que envolve o assunto e como utilizá-la para acompanhar o desenvolvimento da aprendizagem¹⁰.

Durante a formação médica nos diferentes cenários práticos e encontros clínicos, são identificadas variáveis de desempenho entre os acadêmicos. A melhor medida desta relação entre pessoas é a observação direta. O ambiente pedagógico tem concordância com os objetivos propostos nas unidades temáticas da matriz curricular¹¹.

Utilizando as estratégias do processo de avaliação e reflexões problematizadoras nos diferentes ambientes do processo ensino-aprendizagem, rotas podem ser corrigidas e atualizações desenvolvidas com o objetivo de fomentar as *práxis* dos atores envolvidos e as estratégias institucionais. No Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), diferentes cenários para estas oficinas são operacionalizadas nas semanas pedagógicas (espaços pedagógicos de sete dias para o cumprimento dos objetivos propostos no manual do módulo), tais como: encontros com os tutores, interação ensino/serviço no Eixo da Comunidade, Atividade Pedagógica Complementar (APC), Atividade de Integração do Eixo de Desenvolvimento Pessoal (AIEDP), Grupos Balint, Sessões do Caso do Eixo Teórico-Prático Integrado

(CETPI), dentre outros¹. O semestre letivo é dividido em 20 semanas pedagógicas para o cumprimento dos objetivos propostos nas unidades temáticas (disciplinas).

Tendo como referência a temática proposta, é imprescindível a compreensão do termo “instrumento de avaliação”. Articulando com suas três dimensões: diagnóstica, somativa e formativa, cumpre a finalidade a que foi proposto quando o produto busca a aprendizagem com compromisso na formação profissional¹⁰. Mais que o instrumento, importa o tipo de conhecimento que se põe à prova^{12,13}.

A avaliação de desempenho, ou de *performance*, traduz competências no fazer, identifica e mede ações organizadas para determinados objetivos. Assim, diagnosticar e analisar o crescimento pessoal e profissional é a meta quantificada utilizada pelos instrumentos de avaliação. O processo de retroalimentação deve rever estratégias e métodos de trabalho, minimizando os efeitos de tendências ao comodismo e melhorar as práticas profissionais. O planejamento, acompanhamento e avaliação servem como estratégias metodológicas para melhorar o trabalho e estimulam as pessoas para alcançarem as metas curriculares e o desenvolvimento técnico na formação médica. O acompanhamento das ações visa à certificação se as intervenções estão de acordo com as metas estabelecidas, identificando as discrepâncias entre ações realizadas e esperadas. A avaliação é o processo de verificação da aprendizagem de todo este complexo¹⁴.

Portanto, na educação, os instrumentos de avaliação são ferramentas que buscam realizar o projeto educacional como formas de aprofundar os conhecimentos, de aprimorar metodologias, de corrigir o que não é eficaz, enfim, modificar estes processos com a finalidade de transformar os sujeitos e o mundo. Todo trabalho pedagógico tem uma intencionalidade. A qualidade do instrumento está na atitude de colocar a avaliação a serviço do processo educacional¹⁵.

É a intenção desse processo que orienta a coleta de dados, o processamento das informações e a análise das ações sobre o acadêmico como indivíduo em formação.

Alguns critérios são importantes no desenvolvimento dos instrumentos de avaliação¹⁴:

- a. estabelecer objetivos de desempenho alinhados com as estratégias da instituição de ensino e da metodologia proposta;
- b. avaliar os resultados obtidos comparando com os esperados;
- c. garantir que a instituição conheça e reconheça particularidades de cada acadêmico (processo de nivelamento);
- d. garantir que os estudantes conheçam os objetivos e os resultados esperados, com estratégias para o auto ajuste;
- e. assegurar a possibilidade de correções das rotas (da aprendizagem).

Os instrumentos de avaliação precisam, portanto, ser pensados segundo os objetivos pretendidos por todos os envolvidos, que, em última instância, são a formação, desenvolvimento, integração e socialização dos sujeitos; o valor agregado está associado à qualidade educacional que ele possibilita¹⁵.

Os instrumentos pedagógicos de avaliação utilizados no processo ensino-aprendizagem permitem a percepção de uma maior quantidade de informação sobre os estudantes, onde estão suas dificuldades e de que forma podem patrocinar intervenções visando à transformação da realidade, sabendo que nenhum instrumento é completo em si mesmo. Considerando que a avaliação deve servir para reformulação da prática educativa, a virtude do instrumento não estará, de fato, na sua forma, mas sim, no uso que se fará do mesmo após sua utilização, isto é, nas ações pedagógicas que vão decorrer da análise dos resultados que os instrumentos possibilitaram coletar¹⁵.

Assim, o presente artigo se justifica na intencionalidade de oferecer um instrumento que avalie a autopercepção dos acadêmicos de medicina e médicos, com possibilidade de ser utilizado para avaliação de outros profissionais e/ou cursos da saúde, na quantificação do desempenho profissional durante o encontro clínico, utilizando o modelo biopsicossocial.

Cabe ressaltar, porém, que estudos inéditos desta natureza podem requerer outras complementações e referenciais teóricos. Os instrumentos de avaliação (e de autopercepção), muitas vezes, não esgotam todos os conceitos relacionados às questões envolvidas, necessitando, portanto, de novas intervenções (estudos).

OBJETIVOS

Geral

- Avaliar alguns componentes do encontro clínico no modelo biopsicossocial utilizando a autopercepção dos acadêmicos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Objetivos Específicos

- Testar o instrumento de avaliação do encontro clínico, utilizando a autopercepção dos acadêmicos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
- Avaliar os componentes do encontro clínico nas dimensões biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética, por autopercepção destes acadêmicos, no início do aprendizado da clínica médica (1ª etapa) e um ano após (2ª etapa).

METODOLOGIA

Considerações Iniciais

O instrumento de autopercepção da pesquisa partiu da experiência de Lampert, quando propôs uma ferramenta com perfil radial, na forma de um círculo, para avaliação institucional contemplando: mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenário da prática e desenvolvimento docente. A denominação de tipologia das escolas médicas teve como justificativa a compreensão e avaliação das tendências de mudanças dos cursos de graduação na formação dos profissionais da área da saúde⁷.

A estrutura do instrumento deste estudo foi construída com um modelo semelhante, baseado em um Protocolo Acadêmico elaborado para esta pesquisa e voltado para a complexidade que envolve o encontro clínico, contemplando as dimensões biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética.

Uma avaliação preliminar foi utilizada em um grupo de 10 (dez) profissionais da saúde, visando avaliar o Protocolo Acadêmico nas cinco dimensões, sendo: seis médicos, uma psicóloga, duas enfermeiras e uma nutricionista. Foi proposta uma crítica

de todos os elementos deste protocolo; dimensões, facetas e indicadores. Destes profissionais, apenas 1 (um) não devolveu o protocolo. Os demais, 9 (nove), contribuíram com críticas e sugestões a favor do instrumento de avaliação da pesquisa.

Caracterização da Pesquisa

O enfoque foi o quantitativo pela metodologia de mensurar o desempenho acadêmico nas variáveis categóricas. O modelo de pesquisa longitudinal foi caracterizado pela realização do estudo ao longo de um período de tempo de um (1) ano, com início do acompanhamento (1ª etapa da pesquisa) após a conclusão da Unidade de Semiologia Médica. A coorte de acadêmicos foi submetida a duas intervenções (exposições) com a finalidade de testar o instrumento de avaliação construído para a pesquisa, caracterizando uma coorte prospectiva.

Método

Aplicação do Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico para avaliar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes em uma turma de Medicina da PUC Goiás, que utiliza metodologias problematizadoras na formação médica. O instrumento foi aplicado no momento que os sujeitos da pesquisa iniciaram a aprendizagem de Clínica Médica, logo após a conclusão da unidade curricular de Semiologia Médica, em agosto de 2009 (1ª etapa). Nesta época foi aplicado o Protocolo Acadêmico, individualmente, ao término das consultas realizadas na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (SCMG). Um ano após, em agosto de 2010, foi aplicado, nos mesmos sujeitos da etapa anterior, o Protocolo Acadêmico para avaliação do crescimento do desempenho profissional com mais um ano de curso (2ª etapa).

Caracterização do Grupo do Estudo

Foram convidados para participar da pesquisa, 52 estudantes da turma 2007-2, oficialmente matriculados no Vº Módulo do Curso de Medicina da PUC Goiás. Atuavam no Hospital de Ensino, SCMG, nos cenários dos ambulatórios acadêmicos. Foram sensibilizados da natureza da pesquisa através de uma oficina problematizadora sobre o tema. Destes acadêmicos (52), 45 (86,5%) assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) como sujeitos da pesquisa. Foram aplicados 45 protocolos acadêmicos (de cor creme), em agosto de 2009, com a definição da 1ª etapa da pesquisa. Destes, houve retorno de 41 protocolos. Um ano após, em agosto de 2010, foram novamente convidados para a 2ª etapa com a aplicação de 41 protocolos acadêmicos (de cor branca), caracterizando esta etapa. Destes, dois sujeitos abandonaram voluntariamente a pesquisa. Portanto, o grupo do estudo da pesquisa, com o objetivo de testar o instrumento de autopercepção do encontro clínico, foi constituído por 39 sujeitos, com 39 Protocolos Acadêmicos em cada etapa.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

O critério de inclusão proposto esteve em concordância com o semestre do ingresso do acadêmico no ambiente ambulatorial da Clínica Médica e com a conclusão de toda a semiotécnica, ou seja, foi selecionada a Turma V do Curso de Medicina da PUC Goiás. Todos os acadêmicos matriculados nesta turma, no 2º semestre de 2009, foram convidados para o grupo do estudo e tinham mais de 18 anos de idade. Por tratar-se de 100% da turma, não houve critério prévio de exclusão com relação aos sujeitos da pesquisa.

Com o objetivo de diminuir o *viés* da pesquisa no momento da elaboração do protocolo específico e considerando as facetas do instrumento proposto, foram selecionados pacientes com idades compreendidas entre 20 e 60 anos de idade, excluindo, portanto, as crianças, adolescentes e idosos.

Diferenças dos dois Protocolos Acadêmicos

A cor dos prontuários acadêmicos, creme para a 1ª etapa e branca para a 2ª etapa, foi um fator importante de identificação do instrumento de coleta de dados. Outra diferença foi a introdução nos prontuários brancos da seguinte pergunta: Receber os resultados? A resposta “sim” possibilitará, após análise, a devolutiva das duas figuras pareadas, representativas dos encontros clínicos. Para preservar a privacidade do sujeito, houve uma codificação das iniciais do nome/sobrenome em um número algébrico hipotético, portanto, sem identificação do sujeito no documento de devolução.

O conteúdo, a sequência e os indicadores descritos nos blocos das quatro afirmativas por cada faceta foram exatamente iguais nos dois prontuários.

Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico

O diagrama denominado de “Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial” foi o produto da pesquisa, construído a partir do Protocolo Acadêmico, que evidenciou a vivência na consulta e descreveu o processo relacional desenvolvido durante o encontro clínico.

O Protocolo Acadêmico foi dividido em cinco eixos maiores denominados de dimensões, com base na semiologia, na visão biopsicossocial do adoecer e na taxionomia de objetivos educacionais (domínios cognitivo e afetivo)¹⁶. Foram constituídas pelas seguintes dimensões/facetas: biomédica [4 facetas: anamnese, exame físico geral, hipótese (s) diagnóstica (s) e exame (s) complementar (es)]; cognitiva [3 facetas: memorização, compreensão e análise crítica]; ecossistêmica [3 facetas: determinantes sociais de saúde, escolaridade/trabalho/renda e redes sociais e comunitárias]; psicológica [3 facetas: acolhimento, atitude relacional e promoção da saúde]; bioética [5 facetas: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e sigilo].

As dimensões biomédica e cognitiva relacionaram com os conhecimentos profissionais apreendidos e materializados durante a consulta médica. A dimensão ecossistêmica contribuiu com a visão biopsicossocial e na compreensão dos multifatores associados à doença, divididos em determinantes e situações de saúde. As dimensões psicológica e bioética relacionaram com a relação profissional-paciente.

Cada faceta foi construída em blocos de quatro alternativas (X, Y, Z ou W), denominadas de indicadores. Desta forma, o Protocolo Acadêmico foi projetado com 5 dimensões, 18 facetas e 72 indicadores.

O primeiro indicador de cada faceta foi sempre o de menor complexidade. Recebeu o grau zero por ser o ponto inicial, com baixo conhecimento, inabilidade e ausência de atitude. Esta resposta significou “nada saber ou atuar” na faceta deste componente. O grau 3 representou o contrário, ou seja, teve relação com o máximo de desenvolvimento, envolvimento e atuação no modelo biopsicossocial. Os graus um e dois representaram valores intermediários calibrados pelos indicadores de cada faceta.

A representação gráfica do desempenho acadêmico definido por meio do Protocolo Acadêmico foi denominada de diagrama do instrumento. Esta figura foi criada em modelo radiado, com três círculos de raios diferentes, preenchidos com cores diferentes em função das respostas dos acadêmicos. Estes indicadores foram representados de quatro maneiras diferentes: grau zero, ponto central; grau 1, círculo menor; grau 2, círculo intermediário; grau 3, círculo maior. A definição do grau para cada faceta dependeu da alternativa (indicador) selecionada pelo sujeito. Todas as facetas partiram do ponto central, zero. Utilizando o modelo biopsicossocial, quanto mais complexa a atuação do sujeito, tendo como marcador da vivência os indicadores do Protocolo Acadêmico, maior o preenchimento da área específica da faceta, do ponto central para a periferia do disco, ou seja, maior o raio do círculo e maior a tonalidade da cor. Quanto maior a regularidade da borda externa do diagrama, mais próximas do modelo biopsicossocial foram as intervenções (Figura 1).

Alimentação do Software

Após o pareamento, por sujeito, dos dados dos dois Protocolos Acadêmicos, houve a transcrição para o programa informacional *Project2*, desenvolvido exclusivamente para esta pesquisa.

Quando processado, o *software* apresenta uma página principal contendo cadastro e análise. No cadastro, a possibilidade de selecionar a etapa (1ª ou 2ª), de alimentar os sujeitos e descrever as respostas quantificadas em graus, que o programa descreve como pesos. O programa foi alimentado com 39 sujeitos (n=39), porém, há possibilidade de alimentar um número infinito de participantes. Ao descrever as respostas segundo graus (zero, 1, 2, ou 3), no espaço “criar respostas”, automaticamente, as facetas por protocolo ficam configuradas segundo resultados. Após esta etapa e com o recurso “executar”, o programa exporta as análises para o *Word, Microsoft Office* com a construção dos dois diagramas representativos do Instrumento da Pesquisa, referentes às duas etapas e com a identificação do sujeito da pesquisa na margem superior esquerda. Na etapa de diagramação das figuras, foi atribuída a cor verde para a 1ª etapa e a cor azul para a 2ª etapa.

Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor o indicador de *performance* do profissional da saúde na vivência do modelo biopsicossocial (Figura 1).

Análise Estatística

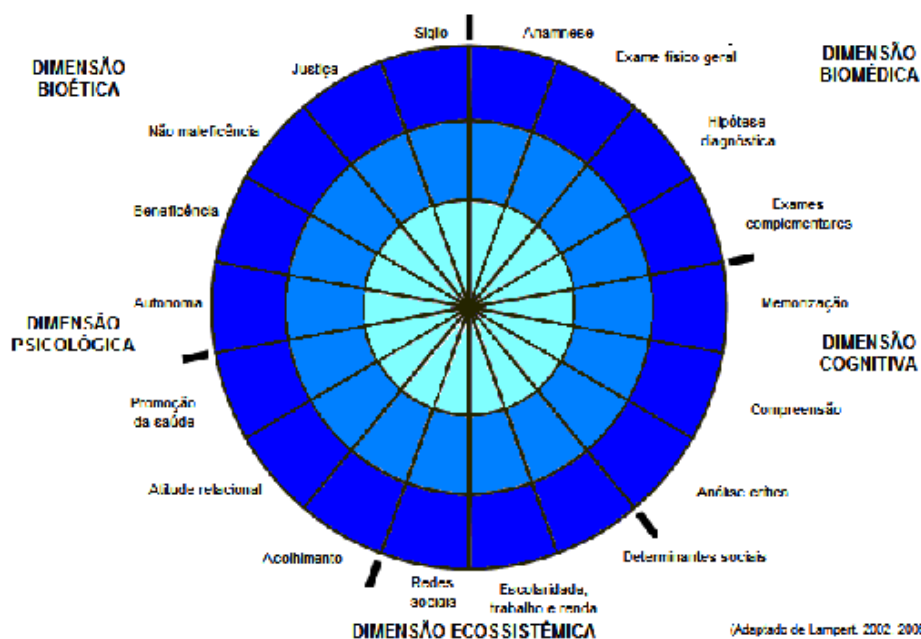
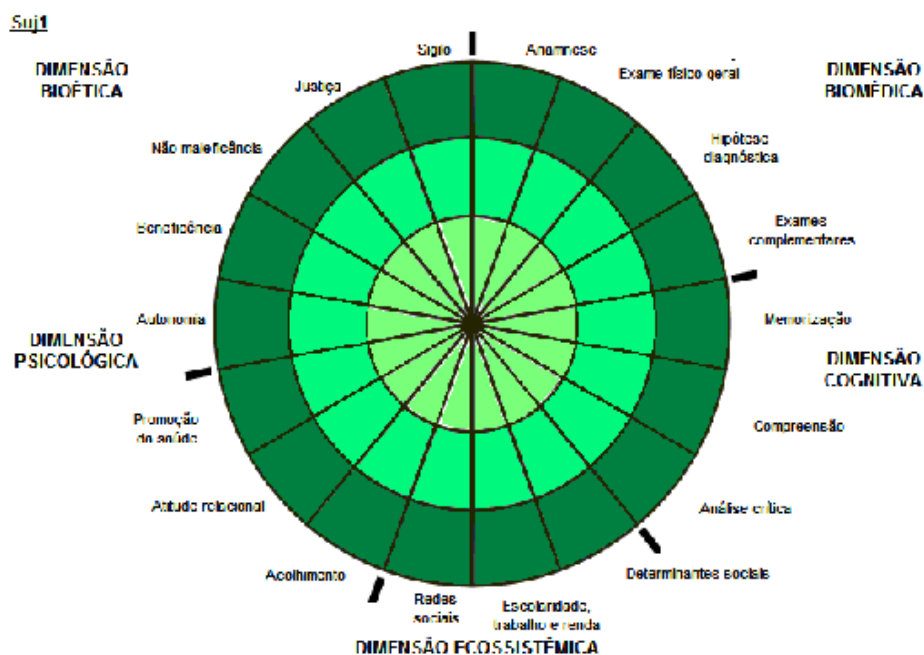
De posse dos protocolos, pareados por acadêmico nos dois momentos distintos (1ª e 2ª etapas), os resultados nas facetas foram transcritos para os instrumentos da pesquisa (diagramas). Como a pesquisa trabalhou com variáveis categóricas, foi utilizada a Estatística Descritiva para avaliar o percentual de respostas nas diferentes facetas. Para comparar matematicamente as respostas entre os sujeitos, foi adotado um teste não paramétrico, o Qui-Quadrado, com hipótese de nulidade de independência dos atributos (indicadores). Ao negar a hipótese de nulidade, houve a necessidade de associar outro teste, o Coeficiente V de Cramer, para medir a força do relacionamento, ou grau de associação, entre duas variáveis categóricas. Esta avaliação teve como objetivo, descrever numericamente os grupos do estudo a partir da observação, do registro e das análises, para conhecimento da abrangência do fenômeno. Os resultados foram trabalhados no programa *SPSS – PASW Statistics 18* e apresentados em forma de tabelas e figuras utilizando a ferramenta *Microsoft Office Excel 2007*.

Documentação

Os dados coletados nos Protocolos Acadêmicos nas duas etapas foram utilizados apenas para a pesquisa em questão. O manuseio dos prontuários acadêmicos seguiu as normas e procedimentos do HSCMG. Estes documentos não foram retirados dos espaços físicos próprios e nem duplicados para a pesquisa.

O *software* desenvolvido no estudo é de domínio do pesquisador e poderá ser utilizado em outras pesquisas.

No prazo máximo de cinco anos, todos os Protocolos Acadêmicos gerados na pesquisa [físicos] serão inutilizados e destruídos por fragmentação múltipla, utilizando o equipamento *Paper Scredder*, modelo AS1510CD.



Legenda: em cada faceta, o ponto central significa "sem nenhuma interferência". Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 1 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).

Questões Legais

A proposta da pesquisa e o TCLE, solicitando autorização para a integração dos acadêmicos ao projeto, foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (Hospital de Ensino) para apreciação e autorização do início da coleta de dados no segundo semestre de 2009. No TCLE foram apresentados os riscos relativos à metodologia proposta, bem como as normas de biosegurança e os critérios de indenização na hipótese de danos físicos e/ou morais. Pela experiência do pesquisador, este estudo foi classificado na avaliação do risco pela relação dano/ocorrência do evento, em dano pequeno e ocorrência de eventos adversos improvável, caracterizando uma situação de baixo risco associado¹⁷. Isto se deveu ao aproveitamento do cenário da semana pedagógica do Curso de Medicina da PUC Goiás, da utilização de instrumentos metodológicos da própria Instituição de Ensino Superior (IES) e do seu projeto político-pedagógico. Não foram identificadas consequências diretas relacionadas à metodologia da pesquisa, embora asseguradas as potencialidades da Instituição, representada pelo Departamento de Medicina, mediante acordo institucional previamente estabelecido e assinado pelo Diretor, para dirimir responsabilidades.

Assim, o estudo teve como proposta a utilização das semanas pedagógicas das Unidades da Clínica Médica, com preceptoría dos docentes do Departamento de Medicina da PUC Goiás, em atividades acadêmicas voltadas para a formação médica, cumprindo com todas as questões éticas e técnico-científicas no processo assistencial, onde o sujeito da pesquisa foi o acadêmico de medicina no processo relacional. O paciente foi atendido cumprindo com os objetivos da semana pedagógica do curso, em atividades acadêmicas voltadas para a formação médica, não sendo, portanto, sujeito da pesquisa.

O parecer do CEP/SCMG foi favorável ao desenvolvimento da pesquisa mediante Protocolo nº 12/2009, de 02 de julho de 2009.

Fluxograma da Pesquisa

Com o objetivo de organizar e direcionar a metodologia da pesquisa, visando atingir os pressupostos, foi idealizado o seguinte fluxograma de atividades (Figura 2):

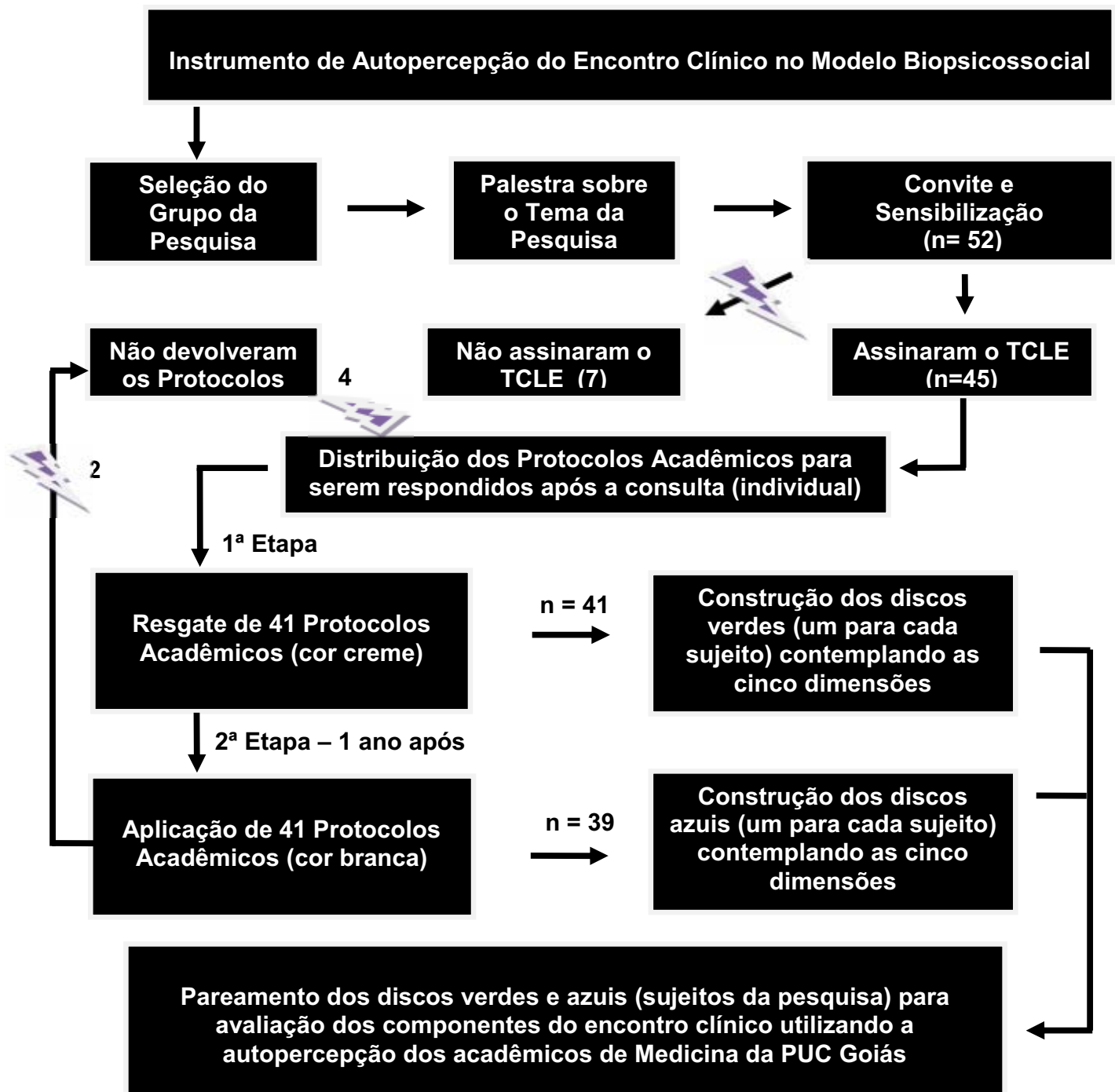


Figura 2 - Fluxograma (após parecer favorável do CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Protocolos Acadêmicos foram totalmente preenchidos nas duas etapas da pesquisa, com a seleção de uma única resposta do bloco de quatro indicadores da faceta. Desta forma, com as 18 respostas (uma para cada faceta) foi possível a diagramação de duas figuras representando as fases da pesquisa. Foram criados, utilizando o programa *Project2*, 39 diagramas verdes e 39 diagramas azuis, pareados para cada sujeito da pesquisa. Estes resultados serviram para testar a consistência do *software*, com controle de qualidade para todas as respostas. Desta forma, os resultados transcritos pelo programa para o *Word* foram exatamente os mesmos dos Protocolos Acadêmicos nas duas fases da pesquisa. Outro resultado positivo em relação aos recursos informacionais foi a padronização da estrutura do instrumento e das figuras geradas.

A avaliação individual utilizando a autopercepção do sujeito serviu como parâmetro de reflexão do desempenho acadêmico nas cinco dimensões propostas na pesquisa. A partir dos resultados, há possibilidade de elaborar atividades de dispersão para os sujeitos e professores responsáveis pelo projeto político-pedagógico do Curso de Medicina da PUC Goiás. Como compromisso acadêmico, os sujeitos da pesquisa optaram por receber os diagramas das duas etapas, com atividade programada para depois da defesa da Tese (exceção de três acadêmicos).

O crescimento do desempenho acadêmico do grupo do estudo foi visível matematicamente, quando comparadas as respostas, em porcentagem, nas duas etapas da pesquisa, utilizando a estatística descritiva. Porém, houve associação fraca entre as variáveis categóricas (facetas) utilizando a relação do teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer. Não foi possível saber se o crescimento percentual dos sujeitos foi estatisticamente significativo, na avaliação do modelo biopsicossocial, por não existirem parâmetros de referência.

As respostas do grupo do estudo relacionadas à dimensão Biomédica, na faceta Anamnese, concentraram nos graus 2 e 3. Não ocorreram respostas nos graus zero e 1, nas duas fases do estudo. O Coeficiente V de Cramer foi de uma associação fraca entre os atributos (indicadores), traduzindo em um p do Qui-Quadrado alto. Como ocorreram apenas dois tipos de alternativas, o crescimento percentual do grau 3 foi

igual ao declínio do grau 2, comparando as duas etapas do estudo. A representação gráfica da evolução percentual da faceta traduziu uma figura simétrica com duas respostas contrárias, comparando os graus 2 e 3 (Figuras 3 e 4 - Anamnese).

Na faceta Exame Físico Geral, não ocorreram respostas grau zero nas duas etapas do estudo. O declínio percentual dos graus 1 (7,7%) e 2 (10,3%) corresponderam, juntos, à percentagem que cresceu no grau 3 (18,0%) quando da comparação das duas etapas da pesquisa. O Coeficiente V de Cramer foi o mais alto de todas as facetas da dimensão Biomédica, porém traduziu uma associação fraca entre os atributos (indicadores), pois p do Qui-Quadrado da faceta (0,075) foi maior que o α do teste (0,05), segundo Figuras 3 e 4 – Exame Físico Geral.

DIMENSÃO BIOMÉDICA				
Facetas	1ª etapa	2ª etapa	V de Cramer	$p (x^2)$
Anamnese				
Grau 0	0.0	0.0	0.184	0.249
Grau 1	0.0	0.0		
Grau 2	25.6	17.9		
Grau 3	74.4	82.1		
Exame Físico Geral				
Grau 0	0.0	0.0	0.364	0.075
Grau 1	7.7	0.0		
Grau 2	59.0	48.7		
Grau 3	33.3	51.3		
Hipótese (s) Diagnóstica (s)				
Grau 0	2.5	0.0	0.154	0.933
Grau 1	38.5	10.3		
Grau 2	51.3	79.4		
Grau 3	7.7	10.3		
Exame (s) Complementar (es)				
Grau 0	0.0	0.0	0.342	0.058
Grau 1	18.0	2.6		
Grau 2	76.9	92.3		
Grau 3	5.1	5.1		

Figura 3 – Relação do Teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer (Cramer's V), no grupo do estudo, na Dimensão Biomédica.

Na faceta Hipótese (s) Diagnóstica (s), o percentual de respostas que diminuiu o grau zero, da 1ª para a 2ª etapa, foi semelhante ao que determinou o crescimento do

grau 3. O declínio, também em porcentagem, no grau 1 foi igual ao que aumentou no grau 2. A figura simétrica para as quatro respostas nas duas etapas, não apresenta qual o tipo de migração entre as respostas dos sujeitos, porém apresentou o Coeficiente V de Cramer mais baixo desta dimensão, o que correspondeu ao valor do p Qui-Quadrado quase igual à unidade ($p \chi^2 = 0,933$), conforme Figuras 3 e 4 – Hipótese (s) Diagnóstica (s).

Na faceta Exame (s) Complementar (es), nas duas etapas, não ocorreram respostas grau zero e o grau 3 manteve constante. Assim, o valor percentual que aumentou no grau 2 foi igual ao valor que diminuiu no grau 1 (15,4%), traduzindo na figura simétrica para as duas respostas. O Coeficiente V de Cramer foi alto, o que correspondeu ao valor do p Qui-Quadrado baixo, limítrofe de 0,058 [Figuras 3 e 4 – Exame (s) Complementar (es)].

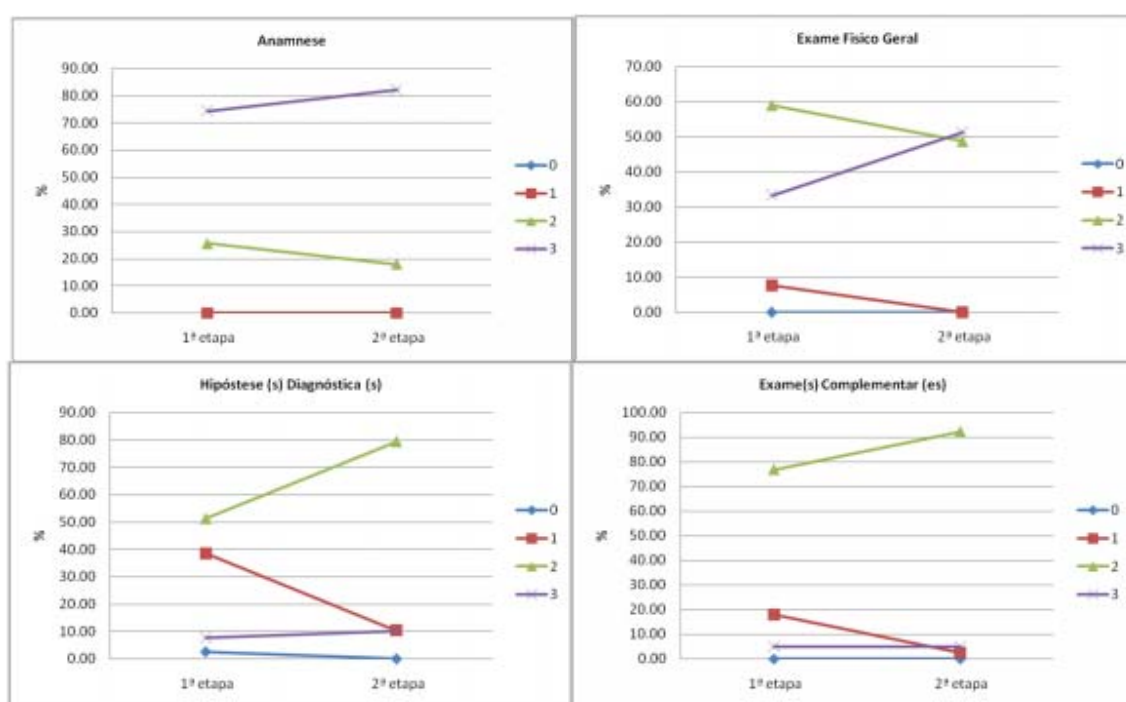


Figura 4 – Evolução percentual nas duas etapas, por faceta, na Dimensão Biomédica.

Utilizando os dados descritivos, os crescimentos de desempenho variaram de 7,7% no grau 3 na faceta Anamnese, 18,0% no grau 3 na faceta Exame Físico Geral, 28,2% no grau 2 e 2,6% no grau 3 na faceta Hipótese (s) Diagnóstica (s) e 15,4% no grau 2 na faceta Exame (s) Complementar (es). Não ocorreram respostas “zero” nas duas etapas, com exceção da faceta Hipótese (s) Diagnóstica (s), na 1ª etapa. Houve crescimento do grau 3 para Anamnese e Exame Físico Geral e do grau 2 para Hipótese (s) Diagnóstica (s) e Exame (s) Complementar (es), na comparação das duas etapas. Ao avaliar as autopercepções dos sujeitos referentes aos graus 2 e 3, na 2ª etapa, ocorreu 100% de respostas nas facetas Anamnese e Exame Físico Geral. A menor porcentagem destes graus, nesta etapa, ocorreu na faceta Hipótese (s) Diagnóstica (s), com 89,7%. Este resultado foi esperado em função do momento da realização da pesquisa e o curso, refletido no progresso acadêmico caracterizado pelo maior conhecimento, maior técnica e maior resolubilidade (Figuras 3 e 4).

A dimensão Cognitiva apresentou um crescimento do grau 3 em todas as facetas. A que apresentou maior variação foi a faceta Compreensão, com 41,0%. Houve associação fraca para as facetas Memorização e Compreensão e associação forte para a faceta Análise Crítica, com intensidade da associação entre os indicadores e valor V de Cramer com mais de 56% ($p \chi^2 = 0,002$). Na faceta Memorização, considerando que não houve diferenças nas etapas para os graus zero e 2, o acréscimo no grau 3 foi em decorrência do declínio do grau 1, na mesma proporção de 15,4%.

Na faceta Compreensão, com a ausência de respostas grau zero nas duas etapas, os declínios dos graus 1 e 2, determinaram o acréscimo percentual de 41,0% no grau 3 (Figuras 5 e 6 - Compreensão).

Embora com pouca variação percentual no grau 3, a faceta Análise Crítica foi a que apresentou, na 2ª etapa, o maior número de respostas, com 92,3% do grupo do estudo. Os graus zero e 2 não sofreram variações nas duas etapas. O mesmo valor percentual que determinou o declínio do grau 1 foi responsável pelo acréscimo do grau 3 (Figuras 5 e 6 – Análise Crítica). O crescimento do desempenho acadêmico do grupo do estudo, nesta dimensão, foi visível matematicamente, quando comparadas as respostas em porcentagem nas duas etapas da pesquisa, utilizando a estatística descritiva.

DIMENSÃO COGNITIVA				
Facetas	1ª etapa	2ª etapa	V de Cramer	p (χ^2)
Memorização				
Grau 0	0,0	0,0	0,349	0,05
Grau 1	23,1	7,7		
Grau 2	74,4	74,4		
Grau 3	2,5	17,9		
Compreensão				
Grau 0	0,0	0,0	0,345	0,098
Grau 1	7,7	0,0		
Grau 2	53,8	20,5		
Grau 3	38,5	79,5		
Análise Crítica				
Grau 0	0,0	0,0	0,562	0,002
Grau 1	2,6	0,0		
Grau 2	7,7	7,7		
Grau 3	89,7	92,3		

Figura 5 – Relação do Teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer (Cramer's V), no grupo do estudo, na Dimensão Cognitiva.

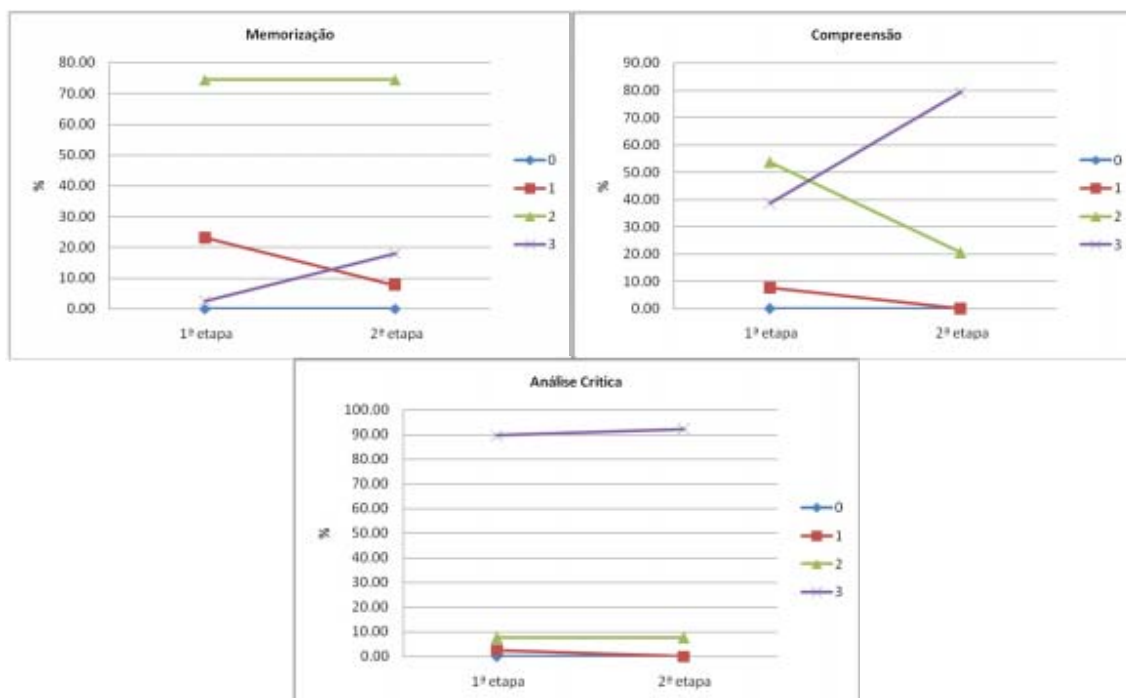


Figura 6 – Evolução percentual nas duas etapas, por faceta, na Dimensão Cognitiva.

Na dimensão Cognitiva, comparando as duas etapas da pesquisa, a maior porcentagem de sujeitos com respostas grau 3 ocorreu na faceta Análise Crítica (89,7% e 92,3%, respectivamente). A menor porcentagem ocorreu na faceta Memorização (2,5% e 17,9%, respectivamente). Comparando as três facetas da dimensão Cognitiva, na 2ª etapa da pesquisa, as facetas Compreensão e Análise Crítica apresentaram 100% das respostas nos graus 2 e 3. Nesta mesma análise, a faceta Memorização contribuiu com 92,3%. Esta evidência faz parte das propostas das DCN que preveem acadêmicos críticos, reflexivos, responsáveis pelo processo ensino-aprendizagem e que compreendem a doença de forma multifacetária, na visão biopsicossocial.

Na dimensão Eossistêmica, a faceta Determinantes Sociais de Saúde apresentou um declínio de respostas nos graus zero e 1 (respectivamente, 2,5% e 30,8%) e um aumento das porcentagens de respostas nos graus 2 e 3 (respectivamente, 30,8% e 2,5%), A figura representada foi simétrica para as quatro respostas, nas duas etapas (Figuras 7 e 8 – Determinantes Sociais de Saúde).

DIMENSÃO ECOSSISTÊMICA				
Facetas	1ª etapa	2ª etapa	V de Cramer	p (χ^2)
Determinantes Sociais de Saúde				
Grau 0	2,5	0,0	0,478	0,007
Grau 1	38,5	7,7		
Grau 2	43,6	74,4		
Grau 3	15,4	17,9		
Escolaridade, Trabalho e Renda				
Grau 0	2,5	0,0	0,274	0,442
Grau 1	5,1	2,6		
Grau 2	46,2	28,2		
Grau 3	46,2	69,2		
Redes Sociais e Comunitárias				
Grau 0	2,6	0,0	0,400	0,052
Grau 1	25,6	12,8		
Grau 2	33,3	35,9		
Grau 3	38,5	51,3		

Figura 7 – Relação do Teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer (Cramer's V), no grupo do estudo, na Dimensão Eossistêmica.

Para a faceta Escolaridade, Trabalho e Renda, os declínios das respostas nos graus zero, um e dois, determinaram, na mesma proporção, o acréscimo no grau 3, que foi de 23,0% (Figura 7 e 8 – Escolaridade, Trabalho e Renda).

Na faceta Redes Sociais e Comunitárias, a mesma porcentagem que determinou o declínio do grau zero, foi responsável pelo acréscimo percentual de respostas no grau 2 (2,6%). Fato semelhante ocorreu com os graus 1 e 3. O aumento deste último foi de 12,8% (Figuras 7 e 8 – Redes Sociais e Comunitárias).

O Coeficiente V de Cramer para a faceta Determinantes Sociais de Saúde foi de quase 50%, com baixo valor do p Qui Quadrado (0,007). Assim, a análise estatística evidenciou uma associação forte para os indicadores. Com relação às duas outras facetas da dimensão, as associações foram fracas, embora, matematicamente, houve aumento nas porcentagens das respostas do grau 3 (Figuras 7 e 8).

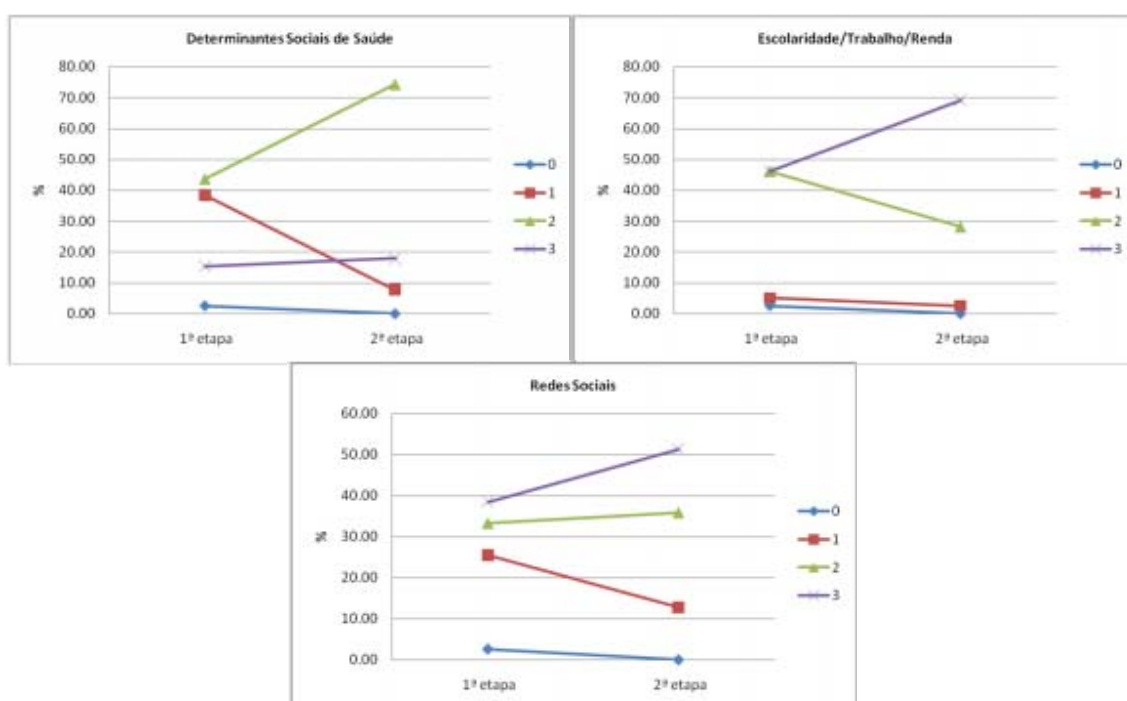


Figura 8 – Evolução percentual nas duas etapas, por faceta, na Dimensão Ecosistêmica.

Na dimensão Ecológica, o grau 3 apresentou crescimento nas três facetas, sendo que a que apresentou maior crescimento foi a Escolaridade/Trabalho/Renda (69,2%). Quando analisado o número de respostas dos sujeitos nos graus 2 e 3, foi a faceta que apresentou maior porcentagem, 97,4%. Nesta dimensão, a faceta Redes Sociais e Comunitárias foi a que apresentou menor porcentagem (87,2%). Este resultado pode estar relacionado: à preocupação do acadêmico na associação do baixo grau de instrução para explicar a origem da doença; a possibilidade da relação com os fatores de riscos laborais nas doenças ocupacionais; interesse de assegurar o seguimento do tratamento em função das variáveis econômicas. Na proposta pedagógica, também está coerente com o modelo biopsicossocial. A faceta Redes Sociais e Comunitárias foi a que apresentou a menor porcentagem de respostas nos graus 2 e 3 (87,2%) de todas as 18 facetas da pesquisa. Como discussão, a preocupação em apontar estratégias para desenvolver o crescimento desta faceta durante a formação médica no Curso de Medicina da PUC Goiás.

Na faceta Acolhimento, da dimensão Psicológica, nenhum sujeito respondeu grau zero, considerando as duas etapas da pesquisa. Na 2ª etapa, também não ocorreram respostas grau 1. Os declínios das respostas verificadas, em porcentagem, determinaram o aumento do indicador grau 3 (Figuras 9 e 10 – Acolhimento).

Na faceta Atitude Relacional não houve respostas para o grau zero nas duas etapas. O grau 2 manteve constante (30,8%). Os valores percentuais do grau 3 foram de 69,2% na 1ª etapa e 66,7% na 2ª etapa, com declínio de 2,5% (Figuras 9 e 10 – Acolhimento).

Na faceta Promoção da Saúde, o aumento do número de respostas do grau 2, em porcentagem, foi igual a soma das respostas nos outros três grupos. Na 2ª etapa, não houve respostas zero para esta faceta. Nesta dimensão, foi a faceta que apresentou os menores percentuais de respostas para o grau 3 (30,8% e 25,6%, respectivamente, para a 1ª e 2ª etapas), embora o aumento da auto percepção do grau 2 tenha sido de 18,0% (Figuras 9 e 10 – Promoção da Saúde).

DIMENSÃO PSICOLÓGICA				
Facetas	1ª etapa	2ª etapa	V de Cramer	p (χ^2)
Acolhimento				
Grau 0	0,0	0,0	0,362	0,078
Grau 1	2,6	0,0		
Grau 2	41,0	35,9		
Grau 3	56,4	64,1		
Atitude Relacional				
Grau 0	0,0	0,0	0,306	0,162
Grau 1	0,0	2,5		
Grau 2	30,8	30,8		
Grau 3	69,2	66,7		
Promoção da Saúde				
Grau 0	2,6	0,0	0,403	0,049
Grau 1	12,8	2,6		
Grau 2	53,8	71,8		
Grau 3	30,8	25,6		

Figura 9 – Relação do Teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer (Cramer's V), no grupo do estudo, na Dimensão Psicológica.

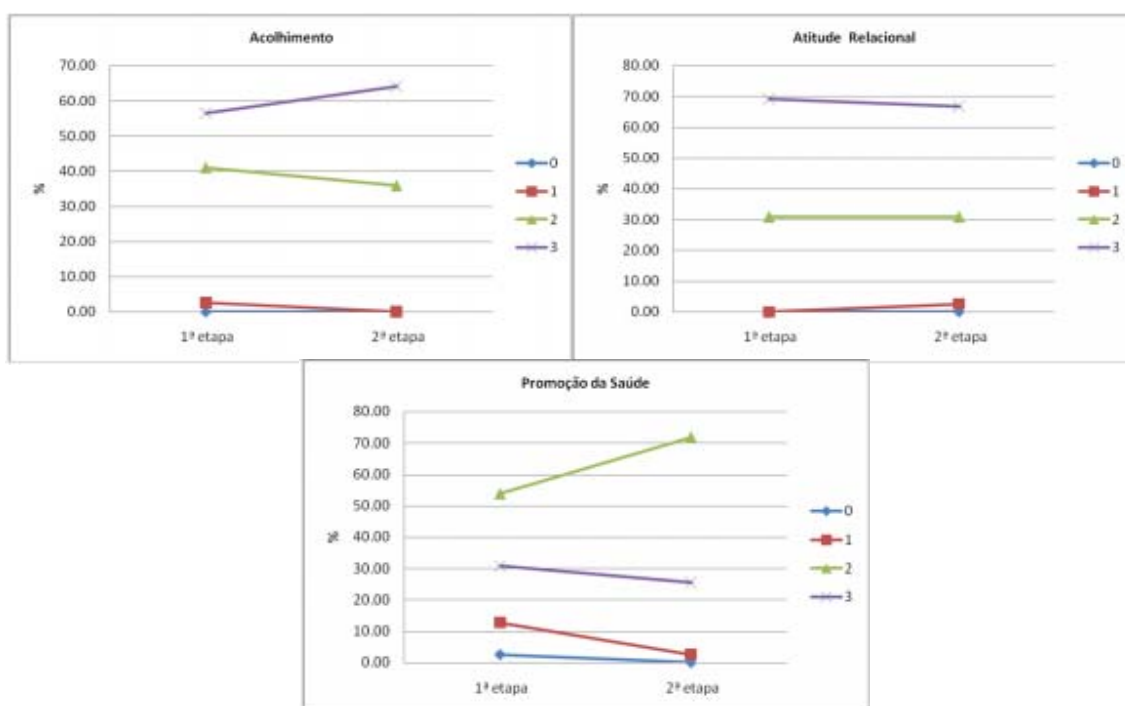


Figura 10 – Evolução percentual nas duas etapas, por faceta, na Dimensão Psicológica.

O Coeficiente V de Cramer para a faceta Promoção da Saúde foi superior a 40% (0,403), determinando uma associação moderada ($p \chi^2 = 0,049$). Para as demais facetas, as associações foram fracas (Figuras 9 e 10).

Comparando as facetas da dimensão Psicológica, na 2ª etapa da pesquisa, os sujeitos autoperceberam em 100% nos graus 2 e 3 na faceta Acolhimento e em, aproximadamente, 97% nas facetas Atitude Relacional e Promoção da Saúde.

DIMENSÃO BIOÉTICA				
Facetas	1ª etapa	2ª etapa	V de Cramer	p (χ^2)
Autonomia				
Grau 0	2,5	0,0	0,358	0,173
Grau 1	7,7	0,0		
Grau 2	30,8	28,2		
Grau 3	59,0	71,8		
Beneficência				
Grau 0	2,6	0,0	0,194	0,819
Grau 1	23,1	2,6		
Grau 2	41,0	33,3		
Grau 3	33,3	64,1		
Não Maleficência				
Grau 0	0,0	0,0	0,110	0,787
Grau 1	10,3	0,0		
Grau 2	43,6	38,5		
Grau 3	46,1	61,5		
Justiça				
Grau 0	0,0	0,0	0,203	0,521
Grau 1	12,8	2,6		
Grau 2	41,0	25,6		
Grau 3	46,2	71,8		
Sigilo				
Grau 0	0,0	0,0	0,310	0,053
Grau 1	0,0	0,0		
Grau 2	43,6	30,8		
Grau 3	56,4	69,2		

Figura 11 – Relação do Teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer (Cramer's V), no grupo do estudo, na Dimensão Bioética.

Na faceta Autonomia, da dimensão Bioética, a figura representativa das porcentagens nas duas etapas, evidenciou três retas em declínio e uma com acréscimo de 12,8%. Assim, os graus zero, 1 e 2 determinaram o aumento das respostas do

indicador grau 3. Na 2ª etapa, não ocorreram respostas graus zero e 1 (Figuras 11 e 12 – Autonomia).

A faceta Beneficência seguiu o mesmo padrão anterior, ou seja, o declínio dos graus zero, 1 e 2 determinaram o aumento do grau 3. Não ocorreram respostas grau zero na 2ª etapa (Figuras 11 e 12 – Beneficência).

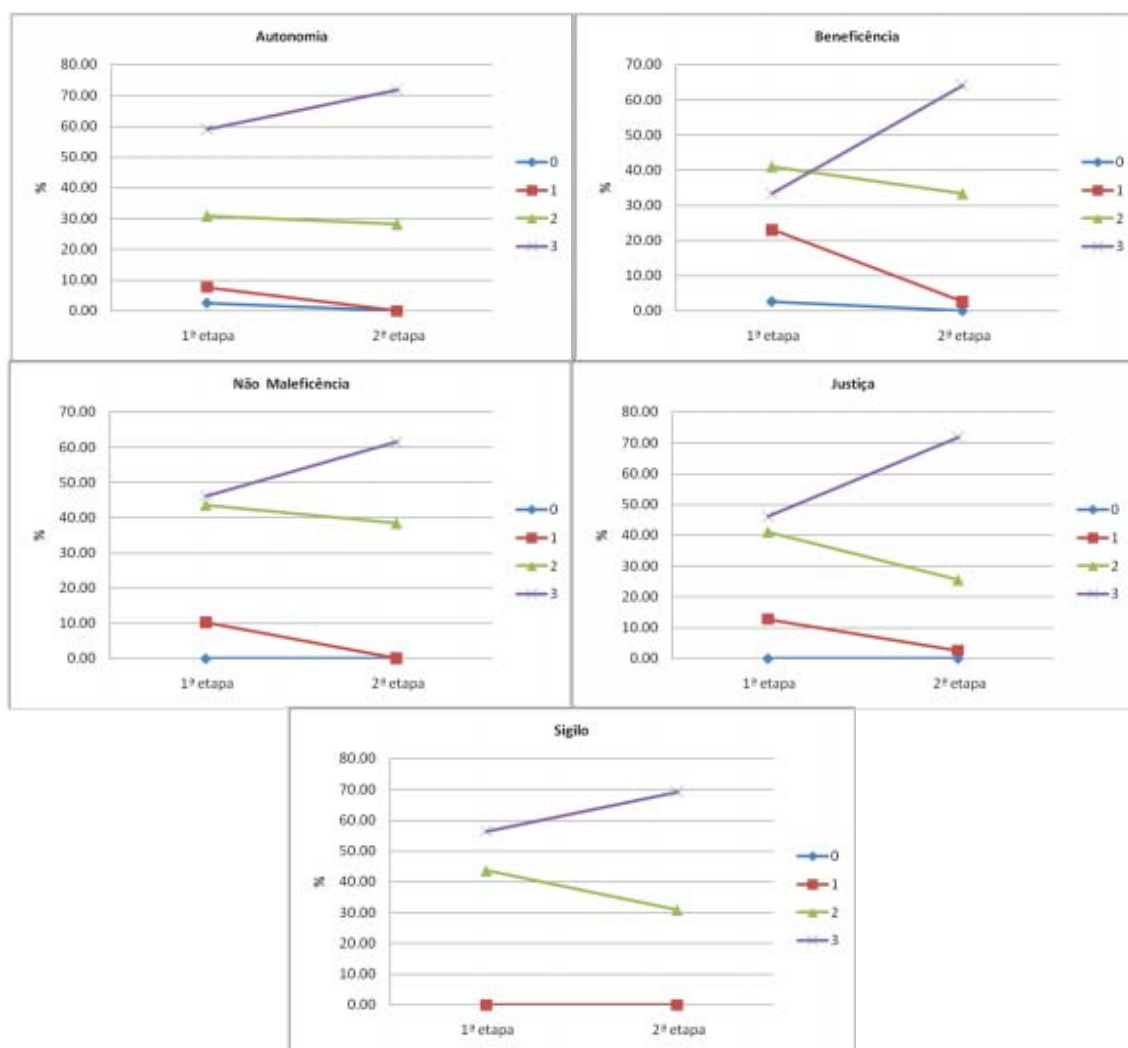


Figura 12 – Evolução percentual nas duas etapas, por faceta, na Dimensão Bioética.

Na faceta Não Maleficência, não ocorreram respostas grau zero nas duas etapas da pesquisa e, na 2ª etapa, não houve respostas graus zero e 1. O declínio dos graus 1 e 2 determinaram o aumento do grau 3 em 15,4% (Figuras 11 e 12 – Não Maleficência).

Na faceta Justiça, também não houve respostas grau zero nas duas etapas da pesquisa. O declínio percentual dos graus 1 e 2 determinaram o aumento do grau 3 de 25,6% (Figuras 11 e 12 – Justiça).

Na faceta Sigilo, não ocorreram respostas graus zero e 1 nas duas etapas. Portanto, o declínio do grau 2, em porcentagem, foi o mesmo valor que determinou o aumento do grau 3, definindo uma curva simétrica com duas respostas (Figuras 11 e 12 – Sigilo).

Considerando as cinco facetas desta dimensão, os maiores percentuais de respostas para o indicador grau 3 ocorreram nos vetores Autonomia e Justiça, com 71,8%, seguido do Sigilo (69,2%), Beneficência (64,1%) e Não Maleficência (61,5%), na análise da 2ª etapa. As respostas grau 3, representadas nas figuras por segmentos de reta, estiveram em todas as facetas, no ponto mais alto do gráfico de desempenho. Para a 1ª etapa vale a mesma consideração, exceção à faceta Beneficência, com maior percentual no grau 2. Ao aplicar o teste Qui-Quadrado com o Coeficiente V de Cramer, as relações das associações foram fracas. Outro resultado observado foi o decréscimo de todos os graus (zero, 1 e 2), de todas as facetas, e o aumento da frequência de respostas do grau 3, também em todas as facetas desta dimensão. Comparando o grupo de facetas das cinco dimensões do estudo, com relação às autopercepções dos sujeitos nos graus 2 e 3, foi a dimensão que apresentou a maior uniformidade de respostas, com porcentagem variando entre 97,4% e 100% (Figuras 11 e 12). Evidencia a materialização das DCN ao propor para a formação médica, profissionais éticos e humanísticos.

Rejeitando a hipótese de independência (nulidade da hipótese) e aplicando o Coeficiente V de Cramer para medir a intensidade (força) da associação foram evidenciadas, por dimensão, as relações: dimensão Biomédica [Exame Físico Geral > Exame (s) Complementar (es) > Anamnese > Hipótese (s) Diagnóstica (s)]; dimensão Cognitiva [Análise Crítica > Memorização > Compreensão]; dimensão Ecológica [Determinantes Sociais de Saúde > Redes Sociais e Comunitárias > Escolaridade,

Trabalho e Renda]; dimensão Psicológica [Promoção da Saúde > Acolhimento > Atitude Relacional]; e dimensão Bioética [Autonomia > Sigilo > Justiça > Beneficência > Não Maleficência].

Tomando por base as respostas do grau 3, comparando as duas etapas, houve aumento da frequência em 3 facetas da dimensão Biomédica [Anamnese, Exame Físico Geral e Hipótese (s) Diagnóstica (s)], 3 facetas da dimensão Cognitiva, 3 facetas de dimensão Ecosistêmica, 1 da dimensão Psicológica [Acolhimento] e 5 da dimensão Bioética. Este resultado foi importante para determinar, no estudo de intervenção longitudinal, a influência do modelo biopsicossocial no aumento do desempenho profissional, utilizando a autopercepção dos acadêmicos.

Na avaliação individual do sujeito, tomando como referência a resultante de todas as respostas das facetas, 26 sujeitos (66,7%) demonstraram crescimento no processo de formação, 6 (15,4%) apresentaram declínio e 7 (17,9%) ficaram inalterados (Figuras 13 a 17).

Na avaliação do grupo do estudo, comparando as duas etapas da pesquisa com relação às autopercepções dos desempenhos durante os encontros clínicos e excluindo as respostas que tiveram grau máximo (3) nas duas etapas, houve 216 facetas descritas como crescimento. Este resultado partiu da comparação das respostas de cada sujeito, por faceta e indicador, com a migração da resposta de um determinado grau na 1ª etapa para um grau maior na 2ª etapa. As facetas mais autopercebidas com crescimento, foram: Beneficência (8,8%), Determinantes Sociais de Saúde (8,3%), Compreensão (7,9%), Hipótese (s) Diagnóstica (s) (7,9%), Redes Sociais e Comunitárias (6,9%), Justiça (6,9%), Não Maleficência (6,5%), Escolaridade/Trabalho/Renda (6,5%), Memorização (6,0%), Exame Físico Geral (5,6%) e Autonomia (5,1%). As facetas mais autopercebidas como declínio dos desempenhos, ou seja, pela migração das respostas dos indicadores de um determinado grau para um grau menor, foram: Atitude Relacional (10,7%), Promoção da Saúde (8,0%), Redes Sociais e Comunitárias (8,0%), Beneficência (8,0%) e Não Maleficência (8,0%), Figuras 13 a 17.

Com estes dois resultados, houve a formulação da hipótese de heterogeneidade do grupo, pois parte dele autopercebeu com um dos maiores crescimentos, como

Beneficência, Redes Sociais e Comunitárias, Não Maleficência, Hipótese (s) Diagnóstica (s), Determinantes Sociais de Saúde, Escolaridade/Trabalho/Renda, Autonomia e Justiça, e outra parte definiu para estas mesmas facetas, resultados contrários. O número de facetas com crescimento foi 2,9 vezes maior que o de declínio, 216 e 75 respostas, respectivamente, no grupo do estudo, segundo Figuras de 13 a 17.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da autopercepção dos acadêmicos de Medicina da PUC Goiás cumpriu com os objetivos propostos por apresentar resultados satisfatórios voltados para a quantificação do encontro clínico nas cinco dimensões. Na avaliação do grupo, todas as facetas sofreram crescimentos nos desempenhos, representados pelas respostas dos graus 2 e 3. Os segmentos de reta representadas pelos graus zero e 1 estiveram próximos à linha de base, correspondendo um número pequeno de respostas. Os resultados pareados dos sujeitos referentes aos desempenhos nas duas etapas foram diagramados utilizando o programa computacional desenvolvido para esta pesquisa, com 100% de concordância, após conferência manual de todas as respostas.

Foi possível constatar, por meio dos valores agregados da pesquisa, que as situações envolvendo a avaliação e o instrumento da pesquisa, não finalizaram neles mesmos. Foi importante perceber e compreender os pressupostos da avaliação no processo ensino-aprendizagem, articulando o desempenho acadêmico com o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da PUC Goiás e dos objetivos, as características do perfil do profissional que se deseja formar¹⁸. Utilizando o retrato situacional, será possível propor novas rotas, priorizar conteúdos, desenvolver estratégias, rever posturas, priorizar determinadas atitudes e, acima de tudo, perceber o encontro clínico como um momento rico e complexo, presente em quase todas as profissões da área da saúde¹⁹.

Uma importante devolutiva da pesquisa foi a de patrocinar um momento para reflexões sobre os desempenhos individuais nas diferentes dimensões do encontro clínico. Com esta prática, há possibilidade de avaliar comportamentos e atitudes voltadas para as variáveis do encontro biopsicossocial. Para a IES, estratégias em cada

módulo e áreas do conhecimento analisados (dimensões), com ênfase nos Determinantes Biopsicossociais da Saúde.

O Projeto Político-Pedagógico, a matriz curricular, a vivência SUS, o vínculo social, o processo crítico reflexivo e o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes de forma ética e humanística foram identificados nos sujeitos, com o crescimento do desempenho verificado nas duas etapas da pesquisa. Cabe destacar, porém, que estudos inéditos desta natureza podem requerer outras complementações e referenciais teóricos. Os instrumentos de avaliação muitas vezes não esgotam toda a gama de conceitos e práticas relacionadas às questões envolvidas na área da formação e atuação médica. Outro ponto importante é a possibilidade de utilização deste instrumento para outros cursos e profissionais da saúde, com a estratégia de adaptar a ferramenta para as especificidades de cada profissão.

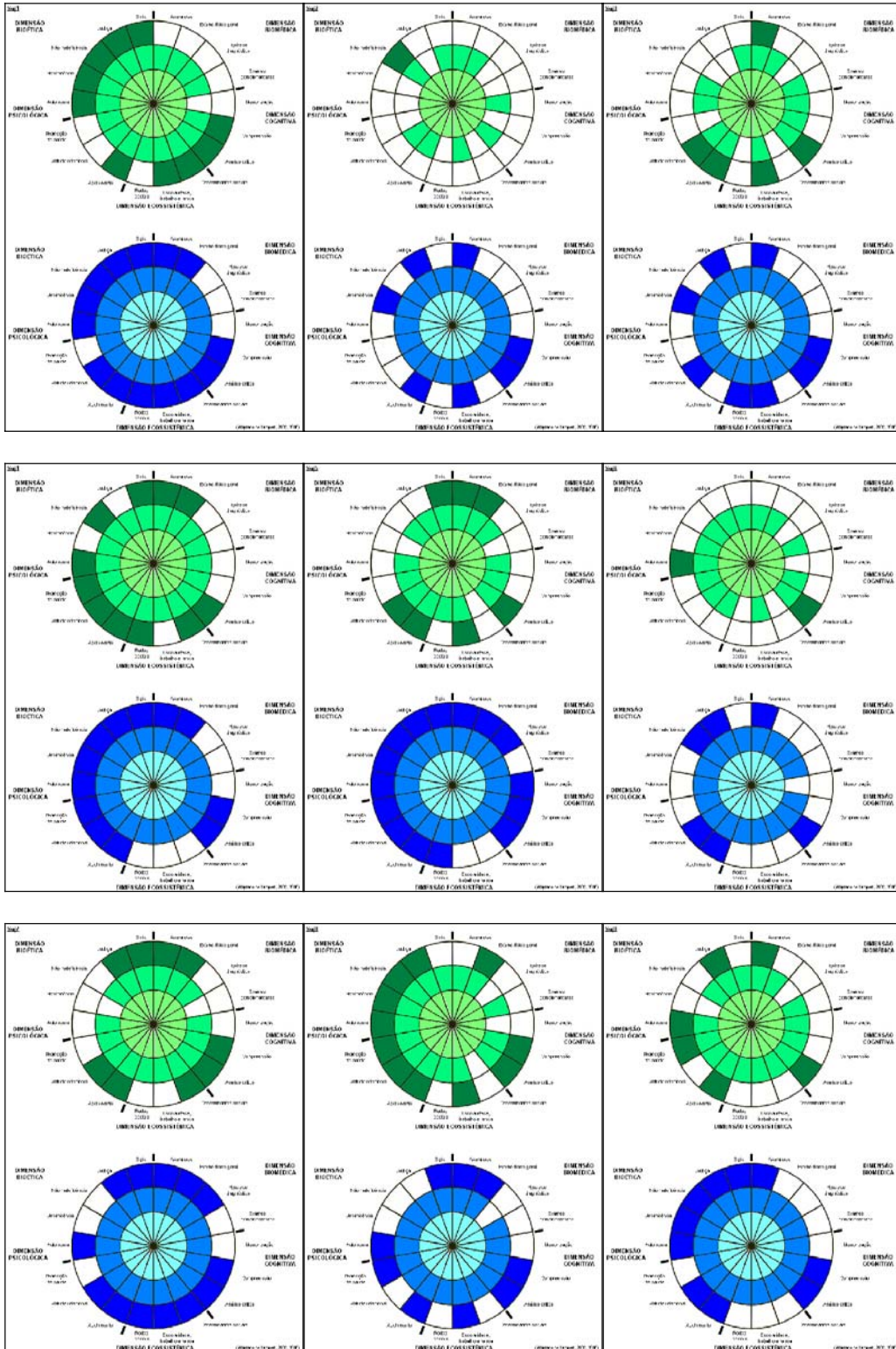


Figura 13 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – sujeitos 1 a 9.

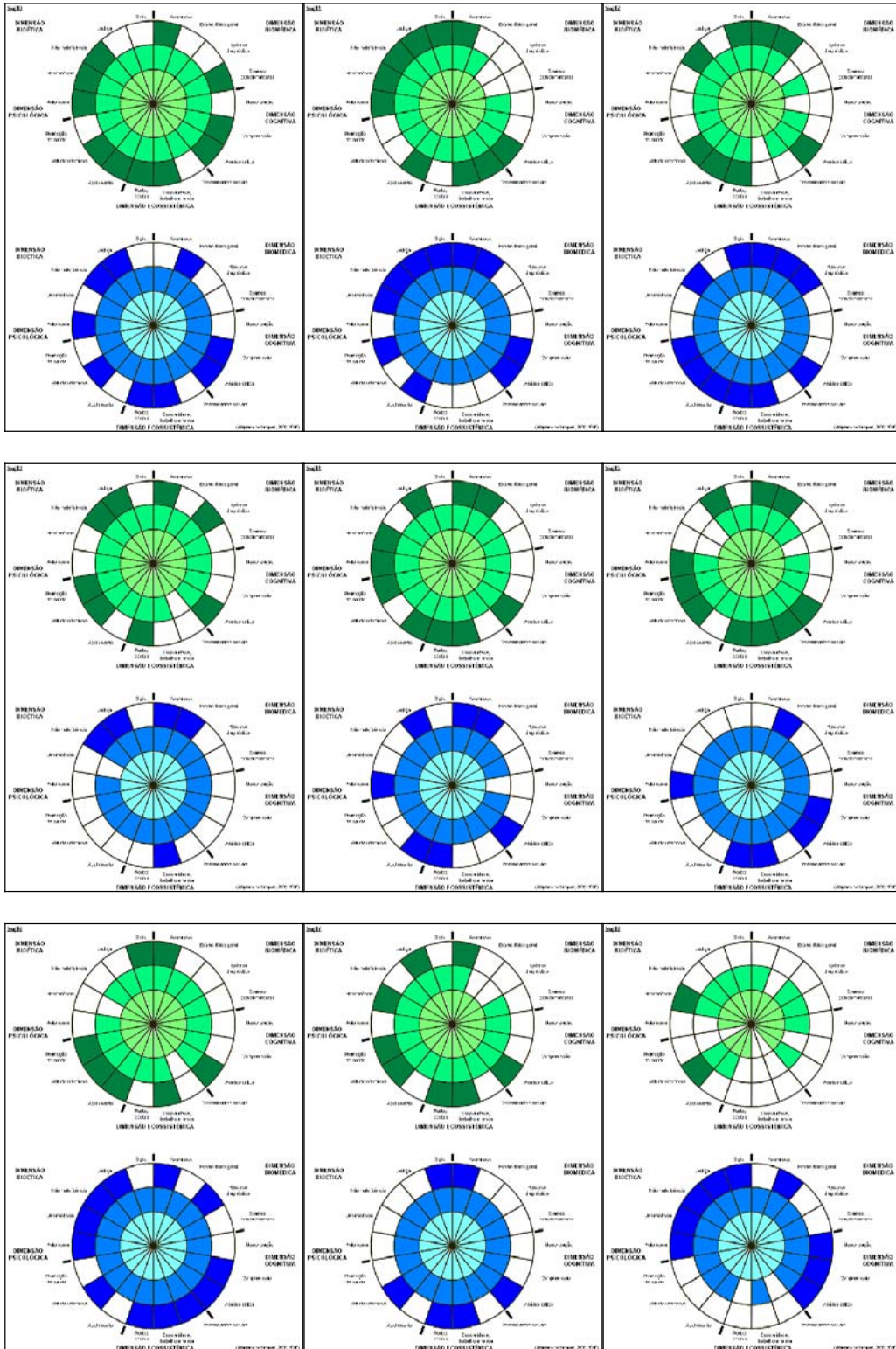


Figura 14 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – sujeitos 10 a 18.

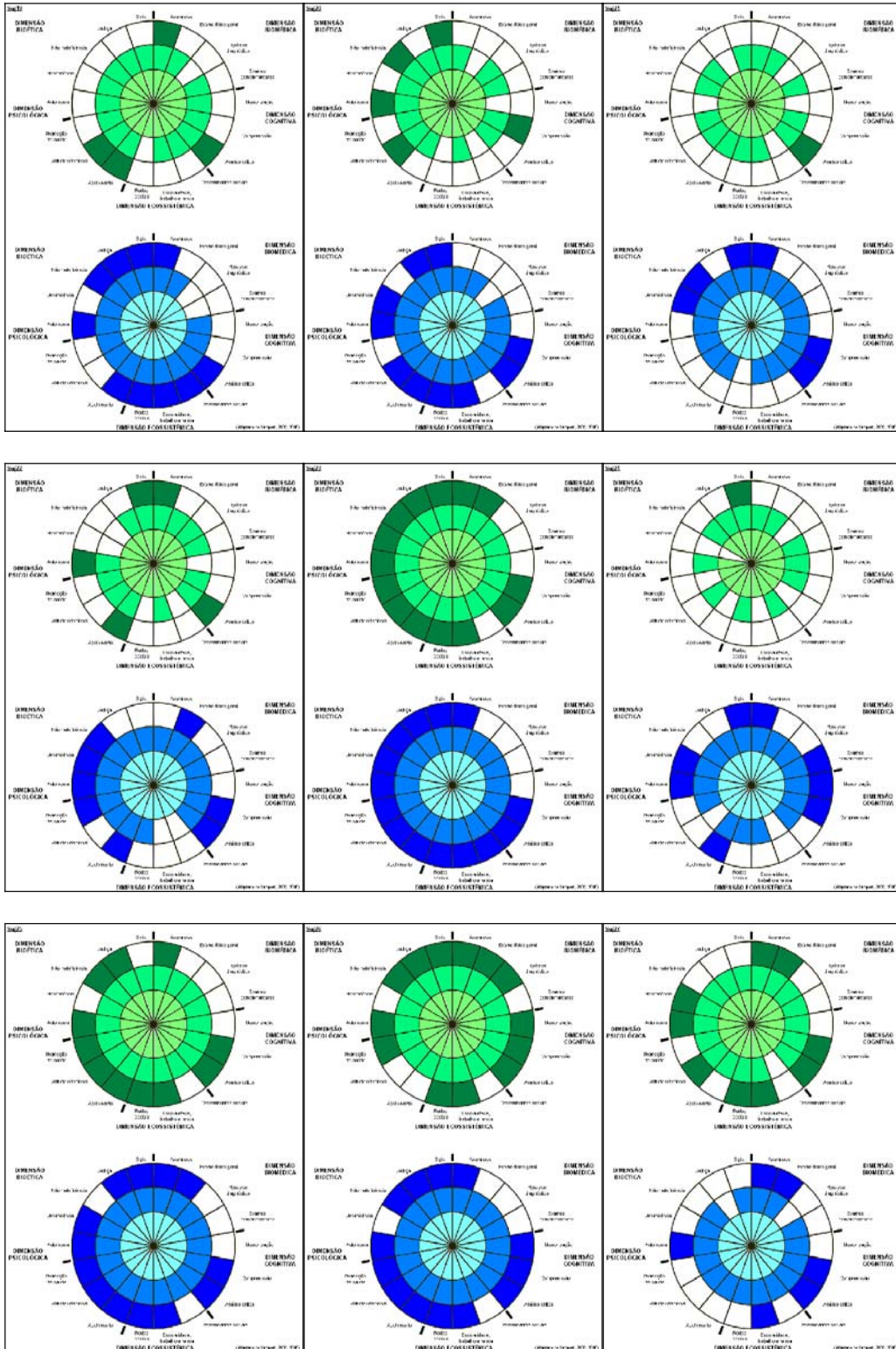


Figura 15 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – sujeitos 19 a 27.

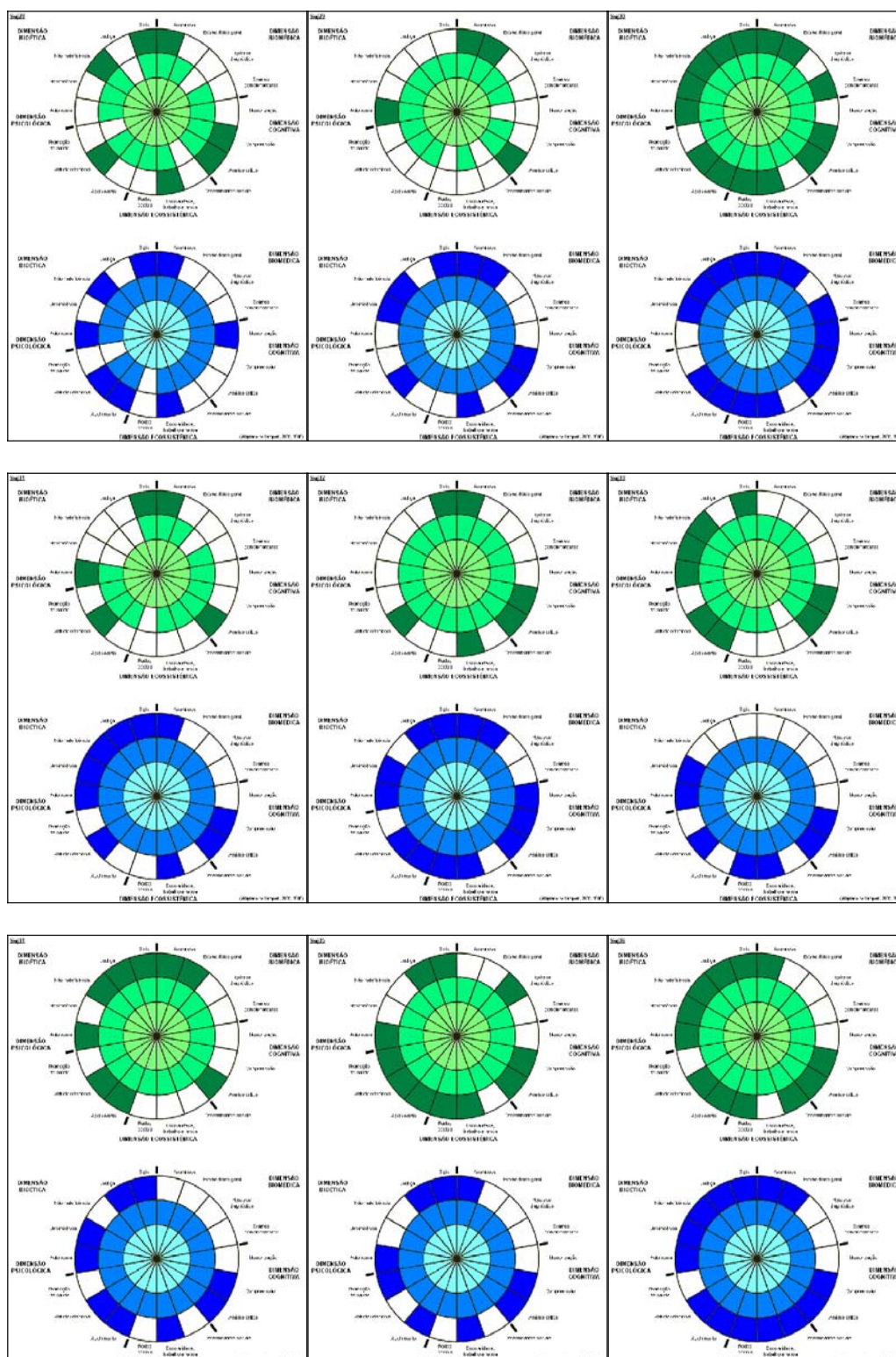


Figura 16 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – sujeitos 28 a 36.

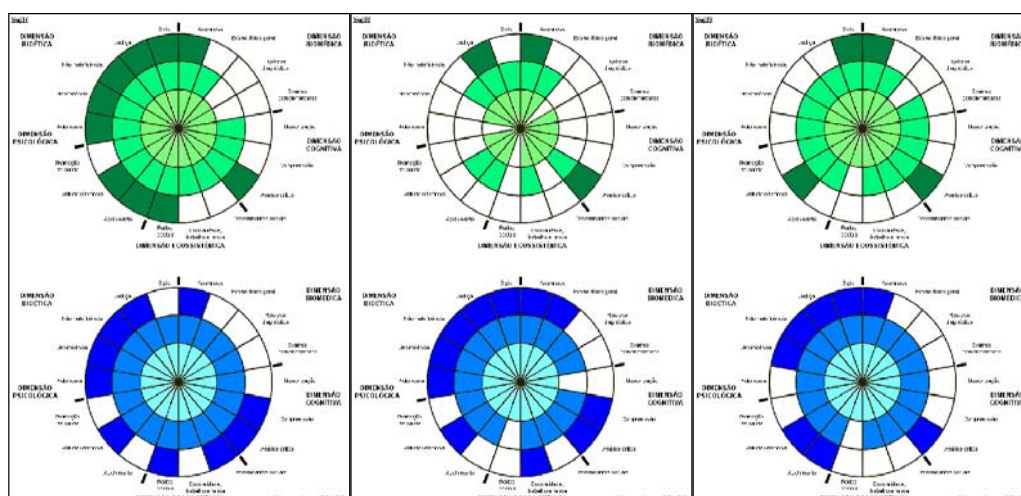


Figura 17 – Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa) – sujeitos 37 a 39.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Católica de Goiás. Departamento de Medicina. Projeto Político Pedagógico de Reestruturação do Curso de Medicina. Goiânia: UCG, 2005.
2. Colares MFA, Troncon LEA, Figueiredo JFC. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. Rev Bras Educ Méd 2002;26(3)194-203.
3. Freire P. Educação como prática da liberdade. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
4. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação. 3. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1980.
5. Brasil. Ministério de Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Parâmetros curriculares nacionais: ensino médio. Brasília, 1999;V4, p.5.
6. Rodrigues A. Psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes, 1981.
7. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. 2. ed. São Paulo: Hucitec-ABEM, 2009.
8. Streiner DL. Thinking small: research designs appropriate for clinical practice. Can J Psychiatrs 1998;43(7)737-741.

9. Martins MA. A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a proposta de instituição de um exame de habilitação para o exercício da medicina no Brasil. [capturado 05 de set. de 2010]; 1. Disponível em: <http://www.profpito.com/abem.html>
10. Zanon DP, Althaus MM. Instrumentos de avaliação na prática pedagógica universitária. Semana Pedagógica da UEPG. Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino. [capturado 06 de set. de 2010]. Disponível em: <http://www.uepg.br/codi/pdfs/instrumentos>
11. Duarte CS, Bordin IAS. Instrumentos de avaliação. Revista Brasileira de Psiquiatria 2000;22(Sup 2)55-58.
12. Méndez JMA. Avaliar para conhecer, examinar para excluir. Porto Alegre: Artmed, 2002.
13. Moretto VP. Prova: um momento privilegiado de estudo – não um acerto de contas. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.
14. Souza VL. Gestão de desempenho. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
15. Depresbiteris L. Instrumentos de avaliação: a necessidade de conjugar técnica e procedimentos éticos. In: Revista Aprendizagem 2007;1(1)38-9.
16. Bloom BS, Engelhart MD, Jurst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxionomia de objetivos educacionais: domínio cognitivo (vol.1) e domínio afetivo (vol.2). Porto Alegre: Editora Globo, 1972.
17. Heller A. O cotidiano e a história. São Paulo: Editora Paz e Terra S/A, 2000.
18. Chaves SM. A avaliação da aprendizagem no ensino superior: realidade, complexidade e possibilidades. São Paulo; 2003. Doutorado [Tese] – Universidade de São Paulo.
19. Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Artigo construído para ser submetido à Revista Brasileira de Educação Médica, da Associação Brasileira de Educação Médica, ISSN: 0100-5502.

5. Considerações Finais

Reflexões e Conclusões

A mudança do paradigma da escola tradicional para o modelo biopsicossocial é uma realidade de sucesso no processo ensino-aprendizagem. Direcionar a luz do conhecimento para a responsabilidade acadêmica é medida de acreditação no método que propõe a compreensão multifacetária e dinâmica da construção e reconstrução de saberes e práticas.

A vivência das DCN nos projetos político-pedagógicos dos cursos médicos é fator determinante para a formação de profissionais competentes no fazer e agir, éticos e sócio-comprometidos. A inserção oportuna e precoce do acadêmico na contextualização social proporciona a habilidade relacional, também precoce, e a atitude da valorização da vida, tendo como entendimento, as variáveis presentes no encontro clínico.

A construção do instrumento de avaliação da pesquisa foi consequência dos resultados das reformas sanitária e da educação no Brasil e reflete a possibilidade de construir práticas voltadas para a visão biopsicossocial dos indivíduos envolvidos. A partir dos processos crítico-reflexivos e da educação continuada, há possibilidade de reaprender a ser, a fazer e a conviver como diagnóstico para: corrigir rotas, desenvolver novas estratégias, buscar conhecimentos nas experiências multiprofissionais e nas diferentes fontes de informações, contextualizar novos valores, enfim, posicionar frente a novas potencialidades e nós críticos do desempenho profissional. Este planejamento estratégico, como prática curricular da formação médica, deve ser construído como medida prioritária da gestão institucional.

As variáveis categóricas do estudo, representadas pelas dimensões e suas facetas, foram importantes no momento de representar a vivência acadêmica durante o encontro clínico, no modelo biopsicossocial, utilizando o Protocolo Acadêmico da pesquisa.

A dimensão quantitativa do estudo foi importante para demonstrar a possibilidade de mensuração do encontro clínico e, posterior, ajustes visando o crescimento e desenvolvimento profissional envolvendo a multifatorialidade das interfaces do adoecimento, suas causas e efeitos, do ponto de vista individual, coletivo e/ou social.

A PUC Goiás, com seu Curso de Medicina, desenvolve uma prática compatível com o Projeto Político-Pedagógico e tem, na matriz curricular, unidades temáticas que privilegiam, além das questões cognitivas, habilidades e atitudes responsáveis e de cumplicidade com a visão holística do indivíduo e sua contextualização social. Esta interação ensino-serviço ocorre desde a primeira semana do curso e completa com a vivência na ESF e Unidades do Distrito Sanitário Escola, em vários estágios do internato médico. A intenção deste eixo na comunidade é a de oferecer e estabelecer o vínculo social com o compromisso comunitário. Assim, os encontros clínicos e suas dimensões vetoriais são materializados, também, de forma oportuna e precoce. Operacionalizar momentos reflexivos para as avaliações destas práticas são processos metodológicos inter e transdisciplinares presentes nas semanas pedagógicas do curso.

A criação do curso médico na PUC Goiás acompanhou o processo de maturidade técnico-científico-tecnológico e de responsabilidade social defendidas pelas inúmeras reformas ocorridas no Brasil, a partir das últimas três décadas do século passado. O momento ideal de maturidade Institucional voltado para o curso médico aconteceu dois anos após as DCN, quando da nomeação da comissão que estruturou o projeto e a matriz curricular. Aconteceram importantes parcerias neste percurso, com o objetivo de oferecer cenários de aprendizagem, trocar experiências e apresentar críticas fomentando o crescimento e desenvolvimento da formação médica, dentre elas, com o (a) (os) (as):

- a) Hospital de Ensino da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia;
- b) municípios goianos de Mossâmedes e da cidade de Goiás, com o Internato Rural e a regionalização da saúde na Atenção Básica;
- c) Vila São José Bento Cotelengo de Trindade de Goiás, com a vivência de um hospital regional;

- d) Unidades de Atenção Básica Saúde da Família (UABSF) e todas as Equipes da ESF do Distrito Sanitário Escola, bem como as demais unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia;
- e) Unidades Assistenciais da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, incluindo o Hospital de Doenças Tropicais (HDT), Hospital Materno Infantil (HMI), Hospital Geral de Goiânia (HGG), Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO), LACEN (Laboratório Central), dentre outras.

A introdução do acadêmico no serviço segue um processo de sensibilização da importância da inserção ensino-serviço, apresentação do estudante, da metodologia da sua formação, do perfil de egresso deste futuro profissional e o compromisso comunitário pactuado. Portanto, a justificativa da construção de um Instrumento de Auto percepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial partiu da preocupação de avaliar como este acadêmico está se posicionando no encontro clínico, haja vista que sua formação é biopsicossocial. Esta prática cria oportunidades, utilizando os processos avaliativos crítico-reflexivos, de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes a partir do entendimento do desempenho profissional.

A vivência foi transcrita utilizando uma ferramenta graduada para a reprodução e compreensão do processo relacional. Como não existiram respostas verdadeiras ou falsas, porém realidades vivenciadas nas consultas acadêmicas, o posicionamento dos sujeitos por auto percepção foi importante para a construção da identidade do futuro médico.

A avaliação da auto percepção dos acadêmicos de Medicina da PUC Goiás cumpriu com os objetivos propostos por apresentar resultados satisfatórios voltados para a quantificação do encontro clínico nas cinco dimensões. Na avaliação do grupo, todas as facetas sofreram crescimentos nos desempenhos, representados pelas respostas dos graus 2 e 3. Os segmentos de reta representadas pelos graus zero e 1 estiveram próximos à linha de base, correspondendo um número pequeno de respostas.

O primeiro teste do instrumento de avaliação proposto na pesquisa, com os nove profissionais da saúde, com o objetivo de avaliar o grau de compreensão dos indicadores do Protocolo Acadêmico, foi plenamente cumprido com avaliação satisfatória a favor do documento. Em função destes resultados, o protocolo foi finalizado e sua formatação utilizada nas duas etapas da pesquisa.

Com a possibilidade de testar o instrumento de avaliação em um grupo de acadêmicos que utiliza práticas pedagógicas problematizadoras na formação médica, os resultados, também foram satisfatórios. Não ocorreram dúvidas com relação às dimensões, facetas e indicadores propostos e houve identificação do que estava sendo proposto, enquanto autopercepção, com a própria formação médica, pois não aconteceram respostas em branco nas duas etapas da pesquisa.

Foi possível verificar, que, embora as situações envolvendo a avaliação e o instrumento da pesquisa, não finalizaram neles mesmos, os pressupostos da avaliação no processo ensino-aprendizagem, articularam o desempenho acadêmico com o projeto do Curso de Medicina da PUC Goiás. Utilizando o diagnóstico situacional, é possível propor rotas e desenvolver estratégias para priorizar o encontro clínico como um momento rico, complexo e indispensável de ser trabalhado durante a formação médica.

O Projeto Político-Pedagógico, a matriz curricular, a vivência SUS, o vínculo social, o processo crítico reflexivo e o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes de forma ética e humanística foram identificados nos sujeitos, com o crescimento do desempenho verificado nas duas etapas da pesquisa. Cabe destacar, porém, que estudos inéditos desta natureza podem requerer outras complementações e referenciais teóricos. Os instrumentos de avaliação muitas vezes não esgotam toda a gama de conceitos e práticas relacionadas às questões envolvidas na área da formação e atuação médica.

Além de todas estas reflexões e como resultante dos três artigos e na avaliação do cumprimento dos objetivos propostos na Tese, concluímos:

- a) o Protocolo Acadêmico cumpriu com os objetivos de reproduzir a vivência clínica;

- b) houve sinergismo entre a proposta da Tese (protocolo da pesquisa) e a dinâmica acadêmica, pois não aconteceram dúvidas ou respostas em branco ou críticas negativas ao instrumento de coleta de dados;
- c) o modelo biopsicossocial faz parte da formação médica proposta na PUC Goiás, pois foi percebido o crescimento do desempenho em todas as dimensões do estudo, a partir da autopercepção dos sujeitos;
- d) como hipótese para justificar o declínio na autopercepção de determinados sujeitos em algumas dimensões e facetas, sustenta o pressuposto do método e das DCN que preveem acadêmicos críticos e reflexivos;
- e) como no grupo do estudo, a mesma faceta que teve um dos maiores crescimentos foi a que, também, declinou, a pesquisa sugere a heterogeneidade da turma e a necessidade da IES em estabelecer estratégias para o nivelamento dos estudantes;
- f) a dimensão Bioética apresentou um grande número de respostas voltadas para o modelo biopsicossocial, nas duas etapas da pesquisa, de forma homogênea. Pode representar um reflexo das intervenções do Eixo de Desenvolvimento Pessoal do Curso de Medicina da PUC Goiás;
- g) houve cumplicidade entre os sujeitos da pesquisa e os objetivos da Tese, pois 92,3% dos acadêmicos optaram por receber as devolutivas;
- h) o Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial cumpriu com todos os objetivos propostos;
- i) o programa informacional *Project2* foi testado e não apresentou, do ponto de vista técnico e operacional; conflitos, inconcordâncias, poluições, desconfigurações e/ou outros defeitos no seu desenvolvimento e execução.

Considerações e recomendações

O instrumento da pesquisa oferece a possibilidade de ser aplicado em quase todos os cursos da saúde que desenvolvem ambiente clínico, bem como nos profissionais inseridos no mercado de trabalho. Para tal, há necessidade de adaptar apenas duas facetas: Exame (s) Complementar (es), como complemento do Ato Médico, e Análise Crítica do modelo de atenção adotado pelo médico.

Outra grande potencialidade do instrumento é a de oferecer uma estratégia perene de autoavaliação acadêmica, pela introdução da metodologia no *portfólio* reflexivo. Com esta medida, a avaliação passa a ser realizada em diferentes momentos do curso médico e dos cenários práticos da clínica, de forma individual e sigilosa. O programa informacional *Project2*, testado nos sujeitos da pesquisa, pode ser adicionado no currículo virtual do estudante como prática de acompanhamento da sua formação profissional.

Como uma das devolutivas da pesquisa foi a de patrocinar um momento para reflexões sobre os desempenhos individuais nas diferentes dimensões do encontro clínico, há possibilidade de avaliar comportamentos e atitudes voltadas para as variáveis do encontro biopsicossocial. Para a IES, reconhecer o perfil do desempenho acadêmico em diferentes momentos da formação médica, com ênfase nos Determinantes Biopsicossociais da Saúde, é uma estratégia do processo ensino-aprendizagem.

Uma potencialidade evidenciada no estudo, para uso Institucional, foi a possibilidade de adaptar o instrumento para uso docente, com a finalidade de avaliar o desenvolvimento discente durante sua formação profissional, bem como o acompanhamento inter e transdisciplinar dos conteúdos e práticas do modelo pedagógico na relação acadêmico-paciente.

Concluindo, mais importante que a ação de formar bons profissionais na perspectiva biopsicossocial é a oportunidade de refletir sobre esta prática. Neste trabalho, o processo ação-reflexão-ação foi apresentado como estratégia de ensino-aprendizagem, vislumbrando a percepção do desempenho profissional/acadêmico voltado para a prática médica abordando conhecimentos, habilidades e atitudes no fazer e conviver, materializando, assim, os pilares da educação.

6. Referências

- ALMEIDA, A.R.S.A. **A emoção na sala de aula**. 4. ed. Campinas: Papyrus, 2004. 112p.
- ARANHA, M.L.A. **História da educação e da pedagogia: geral e Brasil**. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2006. 384p.
- AROUCA, A.S. Conferência Nacional de Saúde, 8^a, 1986, Brasília. Democracia é saúde. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.35-42.
- BANDURA, A. **Self efficacy: the exercise of control**. New York: W.H. Freeman and Company, 1997. 604p.
- BLOOM, B.S; ENGELHART, M.D; JURST, E.J; HILL, W.H; KRATHWOHL, D.R. **Taxionomia de objetivos educacionais: domínio cognitivo (vol.1) e domínio afetivo (vol.2)**. Porto Alegre: Editora Globo, 1972. Vol. 1, 179 p. Vol 2, 203p.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8^a, 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.381-389.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 9^a, 1992, **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 47p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 44. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. 1000p.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em**

Medicina: Resolução CNE/CES nº 04/2001. Brasília: MEC, 2001. Diário Oficial da União de 09/11/2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos Superiores:** Edital nº 04/97. Brasília: MEC, 1997a. Diário Oficial da União de 12/12/1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde:** Lei 8080. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 19p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS:** gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. 33p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.** 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **AprenderSUS:** o SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 11 p.

BRASIL. Senado Federal. **Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior.** Lei 5540/1968. 1968. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2010.

BROWN, J; MARSHALL, M. Self-esteem and emotion: some thoughts about feelings. **Personality and social Psychology Bulletin**, v. 27, n. 5, p.575-584, 2001.

BURNS, C. Medical history and medical humanities: some new styles of learning and teaching. *Bulletin of the History of Medicine*, v.7, p.31-40, 1987.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p.29-41, abr. 2007.

CARVALHO, G.S. **A mortalidade por acidentes de trânsito em Goiânia: 1996 a 2002**. 2004. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Ambientais e Saúde - UCG, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.

CECCIM, R.B. **Diretrizes do SUS constitucional e considerações fundamentais para novos aliados**. Canoas: Logos, p.35-40, 1993.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução 1.931 de 17 de setembro de 2009. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/library/modulos>. Acesso em: 12 set. 2010.

CHAVES, S.M. **Avaliação de aprendizagem no ensino superior: realidade, complexidade e possibilidades**. 2003. 155 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

COLARES, M.F.A et al. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes dos estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 3, p.194-203, 2002.

CUNHA, L.A. Ensino superior e Universidade no Brasil. In: LOPES, E. M. T.; FARIA, L. M. F.; VEIGA, C. G. (orgs.). **500 anos de Educação no Brasil**. Belo Horizonte, 2000, p.151-204.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.75, p.5-23, 2001.

DELORS, J. **Educação um tesouro a descobrir**. Brasília: MEC/UNESCO, 2003, p.89-102.

DE MARCO, M.A. (org). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 296p.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 129, p.129-136, 1977.

FACCHINI, L.A; PICCINI, R.X; SANTOS, R.C. **Aspectos históricos e conceituais em educação médica**. 1998. Disponível em <<http://www.unb.br/fs/pr33.htm>>. Acesso em: 12 mai. 2009.

FIGUEIREDO, E.S.A. Reforma do ensino superior no Brasil: um olhar a partir da história. **Revista da UFG** [Internet], a.7, n.2, dez. 2005. Disponível em <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/45anos/C-reforma.html> Acesso em 20 jun. 2010.

FRIGOTTO, G. Cidadania e formação técnico profissional: desafios neste fim de século. In: SILVA, L.H. et al (org). **Novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais**. Porto Alegre: Sulina, 1996. p.137-164.

FUNDEC. Fundação Dracenense de Educação e Cultura. **História do Diretório Central dos Estudantes**. 2007. Disponível em: <<http://fundec.edu.br/>>. Acesso em: 07 set. 2010.

HEARNshaw, L.S. **The shaping of modern psychology: medical influences**. London: Routledge, 1987. p.149-169.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 6. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra S/A, 2000. 124p.

HELMAN, C. **Cultura, saúde, doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.70-99.

HILSDORF, M.L.S. **História da educação brasileira: leituras**. São Paulo: Thomson Learning, 2003. 135p.

KISIL, M.; CHAVES, M. **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde**. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994. 125p.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. 76p.

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 283p.

LAMPERT, J.B. Educação em saúde no Brasil: para não perder o trem da história. **Cadernos da ABEM**, v. 2, p.81-88, 2006.

LAMPERT, J.B; COSTA, N.M.S.C; PERIM, G.L; ABDALLA, I.G; SILVA, R.H.A; STELLA, R.C.R. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, vol.33, supl.1, p.19-34, 2009

LIMA, N.T. (org). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 502p.

MATTOS, M.C.I; ARAÚJO, J.G.C.; MACIEL, D.T.; SUMARY, E.B. **Por quê mudar? Marcos históricos para inovação curricular na área da saúde**. Recife: EDUPE, 2007. p.9-37.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Salinas, 2005. 222p.

OLIVEIRA JÚNIOR, W.A. **Ninguém nasce, ninguém vive, ninguém adocece, ninguém morre da mesma maneira em todos os lugares**. Palestra proferida no IV Fórum Brasileiro de Relação Médico-Paciente. Goiânia: Centro de Convenções, 2007.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Conferência Mundial de Educação Médica. In: FEPAFEM. **As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica**: Edimburgo, OPAS/OMS, 1993.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, nº 4, p.492-499, 2008.

PAHO. Pan American Health Organization. Asociación de Solidariedad para los países emergentes. **Redes locais frente a la violencia familiar, infrafamiliar e salud publica**. Perú: PAHO, 1999. (Doc. de analise nº 2)

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2007. p. 300. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol 9, nº 3, p.617-26, 2004.

PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.3-62, 2009.

PORTO, C.C. **Exame clínico: bases para a prática médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-42, 2008.

RODRIGUEZ NETO, E. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, p.7-17, 1994.

ROSA, H. A responsabilidade do estudante de medicina em um Hospital de Ensino. **Rev. Ass. Med. Bras**, v. 16, nº 10, p.371-37, 1970.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2009. 736p.

SANTOS, J.B. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. **Brasília Médica**, v. 36, n.3/4, p.90-5, 1999.

TERRIS, M. **Conceptos de la promoción de la salud**: dualidades de la teoria de la salud publica. In: OPAS, Promoción de la salud: una antologia. Washington: OPAS, p.37-44, 1996.

UCG. Universidade Católica de Goiás. Departamento de Medicina. **Projeto Político Pedagógico de Reestruturação do Curso de Medicina**. Goiânia: UCG, 2005.

WFME. World Federation for Medical Education. The Edimburgh declaration. World Conference on Medical Education. **Report Edimburgh**, v. 1, p.7-12, 1988.

WHO/PAHO. World Health Organization. Pan-American Health Organization. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Eighth report on the world health situation. European series. **WHO Regional Publication**, v. 5, n. 52, p.1-39, 1994.

Anexos

ANEXO 1: PROTOCOLO ACADÊMICO DA PESQUISA

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO 3: PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA

ANEXO 4: PRONTUÁRIO ACADÊMICO (ADAPTADO)

ANEXO 5: PROGRAMA INFORMACIONAL - *Project2*

ANEXO 6: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

ANEXO 7: DIAGRAMAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA (DUAS ETAPAS)

ANEXO 1: PROTOCOLO ACADÊMICO DA PESQUISA

Prezado (a) Acadêmico (a),

Este trabalho faz parte de uma pesquisa denominada “Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: autopercepção dos acadêmicos de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás”.

Após ter realizado a consulta médica ambulatorial, localize no grupo da faceta a afirmação (indicador X, Y, Z ou W) que melhor representou o encontro clínico para você, circundando o indicador com um círculo (sinal).

Gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo com verdades as proposições referentes a cada faceta. Não passe para a questão seguinte sem responder a anterior. Não deixe nenhuma questão em branco. Não existem indicadores verdadeiros ou falsos, porém a realidade vivenciada por você neste encontro clínico. Você poderá complementar as respostas utilizando os prontuários acadêmicos. Porém, referidos documentos não poderão ser retirados da Instituição e nem fotocopiados para a garantia das questões éticas e de sigilo. Em caso de dúvida, responda do modo que mais se aproxime da sua opinião pessoal em função do encontro clínico realizado.

Há necessidade de identificação para o pareamento das respostas em dois momentos diferentes, com um intervalo de um ano, porém será preservada a sua privacidade e, caso haja interesse (assinalar abaixo), haverá a divulgação dos resultados de forma individual. Deste modo, ficará totalmente respeitado o sigilo de suas informações.

Segundo o TCLE assinado por você, estes protocolos serão arquivados no Departamento de Medicina da PUC Goiás, sob responsabilidade desta Instituição e do pesquisador por um período máximo de 5 (cinco) anos a contar da assinatura do termo, quando será destruído pela técnica da fragmentação múltipla, impossível de ser reconstituído.

Nome do (a) acadêmico (a)	Pseudônimo

Receber os resultados? () SIM () NÃO

1. DIMENSÃO BIOMÉDICA

É a dimensão onde o encontro clínico se concretiza. Compreende os sistemas anatômicos, fisiológicos, as alterações orgânicas gerando sinais, sintomas e síndromes, bem como os antecedentes pessoais e familiares de doenças e exposições a fatores de risco. Esta dimensão define o modelo flexneriano de compreender as alterações orgânicas e a construção do pensamento clínico. Para a confirmação e possível correção dos indicadores desta dimensão serão utilizados os dados do prontuário acadêmico.

1.1. ANAMNESE

“...trazer de volta à mente todos os fatos relacionados com a doença e com a pessoa doente” (Porto, 2008). Esta faceta está relacionada com os elementos componentes da anamnese, segundo as bases para a prática médica:

- a) Identificação;
- b) Queixa principal;
- c) História da doença atual;
- d) Interrogatório sintomatológico;
- e) Antecedentes pessoais e familiares;
- f) Hábitos de vida; e
- g) Condições sócio-econômicas e culturais.

Indicador X	Durante o encontro com o paciente não fui capaz de obter nenhum componente da anamnese.
Indicador Y	Durante o encontro com o paciente fui capaz de obter no máximo três componentes da anamnese descritos na faceta.
Indicador Z	Durante o encontro com o paciente fui capaz de obter de quatro a seis componentes da anamnese descritos na faceta.
Indicador W	Durante o encontro com o paciente fui capaz de obter todos os sete componentes da anamnese descritos na faceta: identificação, queixa principal, história da doença atual, interrogatório sintomatológico, antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida e condições sócio-econômicas e culturais.

1.2. EXAME FÍSICO GERAL

O exame físico geral é realizado pela inspeção e palpação, havendo várias manobras baseadas nestes procedimentos fundamentais que obedecem uma sequência sistematizada que vai da avaliação do estado geral até o nível de consciência (Porto, 2008; p.177). Para esta faceta foram selecionados seis componentes do exame físico geral:

- a) Avaliação do estado geral;
- b) Tipo morfológico;
- c) Temperatura corporal;
- d) Edema;
- e) Avaliação do estado nutricional; e
- f) Avaliação do estado de hidratação.

Indicador X	Não consegui realizar o exame físico.
Indicador Y	Durante o exame físico do paciente não avaliei os componentes relacionados ou avaliei/descrevi no máximo dois componentes propostos na faceta.
Indicador Z	Durante o exame físico do paciente avaliei/descrevi de três a cinco componentes propostos na faceta.
Indicador W	Durante o exame físico do paciente avaliei/descrevi todos os seis componentes propostos na faceta: avaliação do estado geral, tipo morfológico, temperatura corporal, edema, avaliação do estado nutricional e avaliação do estado de hidratação.

1.3. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Os diferentes tipos de diagnósticos servem para orientação do pensamento clínico. Os tipos de diagnósticos propostos para esta faceta foram:

- a) Anatômico (alteração morfológica);
- b) Funcional (distúrbio da função);

- c) Sindrômico (reconhecimento de uma síndrome);
- d) Clínico (reconhecimento de uma entidade nosológica); e
- e) Etiológico (reconhecimento de um agente causal).

Indicador X	Durante o encontro clínico não fui capaz de fazer hipótese (s) diagnóstica (s).
Indicador Y	Durante o encontro clínico fui capaz de estabelecer um ou dois tipos de diagnósticos descritos na faceta.
Indicador Z	Durante o encontro clínico fui capaz de estabelecer três ou quatro tipos de diagnósticos descritos na faceta.
Indicador W	Durante o encontro clínico fui capaz de estabelecer todos os cinco tipos de diagnósticos descritos na faceta: anatômico, funcional, sindrômico, clínico e etiológico.

1.4. EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares são importantes instrumentos para validação da (s) hipótese (s) diagnóstica (s). Devem ser solicitados com visão crítica/reflexiva e com fundamento nas possibilidades diagnósticas nascidas no exame clínico. Os indicadores para esta faceta foram selecionados considerando a possibilidade de solicitar exame (s) complementar (es) com ou sem a interferência do professor/preceptor do serviço e/ou de colegas.

Indicador X	Não fui capaz de solicitar exames complementares ou solicitei os exames de rotina preconizados pelo serviço.
Indicador Y	Solicitei exames complementares por orientação, pois todas as indicações partiram do professor/preceptor do serviço e/ou dos meus colegas.
Indicador Z	Consegui solicitar exames complementares, porém com interferência e complementação do professor/preceptor do serviço e/ou dos meus colegas.

Indicador W	Consegui solicitar exames complementares sem interferência e complementação do professor/preceptor do serviço e/ou dos meus colegas.
------------------------	--

2. DIMENSÃO COGNITIVA

São as informações e conhecimentos que se usa para o desenvolvimento das atividades profissionais, categorizadas em três níveis: memorização, compreensão e análise crítica.

2.1. MEMORIZAÇÃO

É o processo de armazenamento de informações e a possibilidade de sua utilização durante o encontro clínico. Para esta faceta foram considerados os conhecimentos específicos da área médica, segundo as seguintes conduções:

- a) Condução do caso com interferência total ou parcial do professor/preceptor do serviço;
- b) Condução do caso com interferência total ou parcial dos colegas de turma; e
- c) Condução do caso com complementação das referências bibliográficas.

Indicador Y	Durante o encontro clínico não utilizei conhecimentos específicos da área médica.
Indicador Z	O caso clínico foi conduzido utilizando os conhecimentos específicos da área médica por uma ou várias mediações descritas na faceta.
Indicador W	Consegui conduzir o caso clínico utilizando os meus conhecimentos específicos da área médica, complementados por uma ou várias mediações descritas na faceta.
Indicador X	Durante o encontro clínico, conduzi o caso clínico utilizando os meus conhecimentos específicos da área médica sem a necessidade de mediação, como as descritas na faceta.

2.2. COMPREENSÃO

Segundo Piaget, é o segundo estágio do conhecimento, que ocorre quando um indivíduo se apropria da informação, partindo dos conhecimentos teóricos para a aplicação concreta. O objetivo desta faceta foi relacionar os fatores de risco, os sintomas descritos pelo paciente e os achados clínicos, com a finalidade de compreender fisiologicamente a gênese da (o) doença/agravo.

Indicador Y	Durante a construção da história da doença atual, não consegui identificar os fatores de risco, os sintomas e os achados clínicos na totalidade ou em partes.
Indicador Z	Durante a construção da história da doença atual, consegui identificar os fatores de risco, os sintomas e os achados clínicos, porém sem relacioná-los.
Indicador W	Durante a construção da história da doença atual, consegui identificar os fatores de risco, os sintomas e os achados clínicos, relacionando-os entre si, porém sem a compreensão das respostas nos diferentes sistemas fisiológicos envolvidos na gênese da (o) doença/evento.
Indicador X	Durante a construção da história da doença atual, consegui relacionar os fatores de risco, os sintomas e os achados clínicos, bem como a compreensão das respostas dos diferentes sistemas fisiológicos envolvidos na gênese da (o) doença/evento.

2.3. ANÁLISE CRÍTICA DO MODELO DE ATENÇÃO

Capacidade de interpretar os dados clínicos e o modelo de atenção desenvolvido. Foram considerados como indicadores, os seguintes modelos de atenção:

- a) Modelo Mágico – modelo onde as soluções e os recursos estão centralizados nas mãos do profissional médico, cujo método e pensamento científico são incontestáveis;
- b) Modelo Biomédico – modelo cujo interesse do estudo é o aspecto biológico que justifica o momento clínico e privilegia a doença, motivo da consulta; e

c) Modelo Biopsicossocial – modelo cujo interesse do estudo é o indivíduo inserido em um contexto social, de forma holística e que privilegia o sujeito doente.

Indicador Y	Após o encontro com o paciente, não consegui identificar o modelo de atenção desenvolvido por mim.
Indicador Z	Considerando o encontro clínico como uma relação com o poder médico, o modelo desenvolvido por mim foi o “mágico”, onde todos os recursos e soluções estiveram centralizados em minhas mãos.
Indicador W	Utilizei o modelo “Biomédico”, estabelecendo a fragmentação do indivíduo para compreensão das alterações orgânicas indispensáveis para a explicação dos fenômenos observados (sintomatologia).
Indicador X	Utilizei o modelo “Biopsicossocial”, estabelecendo a relação do paciente com as alterações orgânicas, o ambiente físico, o psíquico e o social.

3. ECOSSISTÊMICA

A contextualização oportuna e precoce no ambiente da comunidade fornece um cenário de onde o acadêmico extrai subsídios para melhor compreensão do indivíduo nas dimensões biopsicossocial e a complexidade que envolve as questões da saúde, permitindo o desenvolvimento de postura ativa e reflexiva como agente de transformação social.

3.1. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (DSS)

Para esta faceta foram selecionados os seguintes parâmetros em relação ao paciente e local de moradia, inspirados na Ficha de Cadastro da Família, da Estratégia Saúde da Família:

- a) Alimentação;
- b) Atividade física;
- c) Tipo de habitação;
- d) Número de cômodos na casa;
- e) Potabilidade da água;

- f) Destino dos dejetos; e
g) Destino do lixo doméstico.

Indicador Z	Durante o encontro clínico enfoqueei apenas os aspectos biológicos relacionados com o paciente, sem correlacioná-los com os determinantes sociais de saúde/doença. OU Durante o encontro clínico enfoqueei apenas os aspectos relacionados com os determinantes sociais de saúde, sem ressaltar os aspectos biológicos relacionados com o paciente.
Indicador W	Durante o encontro clínico enfoqueei os aspectos biológicos e consegui descrever no prontuário acadêmico um, dois ou três determinantes sociais descritos na faceta.
Indicador X	Durante o encontro clínico enfoqueei os aspectos biológicos e consegui descrever no prontuário acadêmico quatro, cinco ou seis determinantes sociais descritos na faceta.
Indicador Y	Durante o encontro clínico enfoqueei os aspectos biológicos e consegui descrever no prontuário acadêmico todos os sete determinantes sociais descritos na faceta.

3.2. ESCOLARIDADE, TRABALHO E RENDA

Representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de mecanismos sociais e do acesso ao mercado de trabalho. A distribuição da renda e o acesso a informação são importantes indicadores para avaliar a saúde das coletividades. O diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos em função da atividade laboral (doença ocupacional) é o diferencial para o estudo das conseqüências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença (preço social). Para esta faceta foram escolhidas as seguintes variáveis: escolaridade, trabalho e renda familiar.

Indicador Z	Durante o encontro clínico não levei em conta a escolaridade, o trabalho e a renda familiar do meu paciente.
Indicador W	Durante o encontro clínico, levei em conta a escolaridade, o trabalho e a renda familiar, mas sem estabelecer relação com o quadro clínico.
Indicador X	Levei em conta a escolaridade, o trabalho e a renda familiar do meu paciente, relacionando com o quadro clínico, mas sem a estratégia de oferecer meios e sugestões para minimizar ou anular as dificuldades evidenciadas e relacionadas com as variáveis da faceta.
Indicador Y	Levei em conta a escolaridade, o trabalho e a renda familiar do meu paciente, relacionando com o quadro clínico e oferecendo meios e sugestões para minimizar ou anular as dificuldades evidenciadas no encontro clínico e relacionadas com as variáveis da faceta.

3.3. REDES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS

Forma de descrever as relações sociais, onde há troca de informações e experiências. São importantes para explicar o processo saúde doença. Para esta faceta foram consideradas as seguintes redes sociais e comunitárias de saúde:

- a) Primárias - são aquelas advindas da convivência espaço temporal e do cotidiano bem delimitado (ex. parentesco, amizade, vizinhança);
- b) Secundárias - são aquelas que se fundamentam nas redes politicamente constituídas, em geral, provenientes dos movimentos sociais; e
- c) Intermediárias - são formadas por pessoas que receberam capacitação especializada, tendo como função a prevenção e o apoio (ex. Estratégia Saúde da Família – Agente Comunitário de Saúde, igreja, a própria comunidade).

Indicador Z	Não identifiquei as redes sociais e comunitárias do paciente por não considerá-las importantes para a condução do caso clínico.
Indicador W	Considero importante identificar as redes sociais e comunitárias de saúde do paciente, porém no momento do encontro clínico não consegui identificá-las.

Indicador X	Considero importante identificar as redes sociais e comunitárias de saúde e, no momento do encontro clínico, consegui identificar apenas uma das redes descritas na faceta.
Indicador Y	Considero importante identificar as redes sociais e comunitárias de saúde e, no momento do encontro clínico, consegui identificar duas ou três redes descritas na faceta.

4. DIMENSÃO PSICOLÓGICA

Nesta dimensão estão contempladas facetas relacionadas às habilidades e atitudes do acadêmico de medicina no processo de relacionamento com o paciente. Vai além do conhecimento científico, pois traduz a maneira de compreender a profissão médica, seu lado humanitário, a valorização da vida e o reconhecimento dos limites do ato médico durante o encontro clínico.

4.1. ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma ação assistencial que pressupõe a relação entre o profissional da saúde (acadêmico) e o paciente utilizando os recursos técnicos e os valores éticos, humanitários e de solidariedade. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde para atender as pessoas que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. Para esta faceta foram consideradas as seguintes atitudes:

- a) Encontro do acadêmico com o paciente na sala de espera e o convite para entrar no consultório;
- b) Comunicação do acadêmico com o paciente chamando-o pelo nome;
- c) Interesse em tirar todas as dúvidas do paciente;
- d) Tempo dispensado para a consulta superior a 30 minutos; e
- e) Acompanhamento do paciente até a porta para as despedidas finais.

Indicador W	Durante a consulta, não consegui por em prática nenhuma atitude descrita na faceta.
Indicador X	Durante a consulta, consegui por em prática uma ou duas atitudes relacionadas na faceta.
Indicador Y	Durante a consulta, consegui por em prática três ou quatro atitudes relacionadas na faceta.
Indicador Z	Durante a consulta, consegui por em prática todas as cinco atitudes relacionadas na faceta.

4.2. ATITUDE RELACIONAL

Nesta faceta será utilizada a classificação de Rosa (1970) com relação à atitude adotada pelo estudante de medicina frente ao seu paciente:

- a) Resistência – é o tímido que se mantém à parte, recusa participar, evita assumir responsabilidade e adota uma atitude contrária quando se lhe mostra que tem obrigações;
- b) Negatividade passiva – é o observador silencioso, que depende dos outros em matéria de iniciativa;
- c) Neutralidade – é o que reconhece, às vezes, uma necessidade ou oportunidade de aprender, discute com pedantismo, cede facilmente ante os demais, não se preocupa com suas obrigações e espera que os outros façam por ele;
- d) Positividade passiva – é o que demonstra ter vários interesses e reconhece a existência de problemas, inicia a ação, mas não tem concentração suficiente para chegar à fase de conclusão; e
- e) Positividade ativa – é o que tem sensibilidade para perceber os problemas e oportunidades para aprender, está disposto a investigar e atuar, persiste até resolver o problema.

Indicador W	A avaliação que faço da minha atitude frente ao paciente, durante o encontro clínico, foi do tipo “resistência” ou “negatividade passiva”.
------------------------	--

Indicador X	A avaliação que faço da minha atitude frente ao paciente, durante o encontro clínico, foi do tipo “neutralidade”.
Indicador Y	A avaliação que faço da minha atitude frente ao paciente, durante o encontro clínico, foi do tipo “positividade passiva”.
Indicador Z	A avaliação que faço da minha atitude frente ao paciente, durante o encontro clínico, foi do tipo “positividade ativa”.

4.3. ORIENTAÇÕES SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Para a avaliação desta faceta, foram consideradas as seguintes ações de promoção da saúde:

- a) Campanha contra a dependência química (tabaco e/ou álcool);
- b) Orientação sobre alimentação saudável;
- c) Orientação sobre a higiene corporal e/ou do ambiente;
- d) Incentivo à prática da atividade física diária; e
- e) Educação Sexual.

Indicador W	Não consegui orientar o paciente em relação às ações de promoção da saúde descritas na faceta.
Indicador X	Consegui orientar o paciente em uma ou duas ações de promoção da saúde descritas na faceta.
Indicador Y	Consegui orientar o paciente em três ou quatro ações de promoção da saúde descritas na faceta.
Indicador Z	Consegui orientar o paciente em todas as cinco ações de promoção da saúde descritas na faceta.

5. BIOÉTICA

No atual modelo bioético, especialmente no cenário médico, a utilização da corrente principialista acrescida da não maleficência e a introdução de temas concretos como o “sigilo médico”, são diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos, como

determina a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, de 10 de outubro de 1996.

5.1. AUTONOMIA

Princípio de reconhecer o direito do indivíduo de ter a sua própria maneira de compreender o mundo, de ver sua doença, de fazer escolhas e de poder agir de acordo com valores e crenças pessoais. Os pacientes têm o direito de emitir sua opinião e aceitar ou rejeitar o que o profissional da saúde lhes propõe. Toda intervenção médica para ser realizada necessita, exceção feita às urgências e emergências, do consentimento prévio do paciente ou de seu representante legal. Para esta faceta foram considerados os seguintes questionamentos relacionados às atitudes dos profissionais de saúde durante o encontro clínico:

- a) Solicitei permissão do paciente para examiná-lo?
- b) Furneci condições para que o paciente emitisse sua opinião sobre seu estado de saúde e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos dispensados?
- c) Considerei variáveis econômicas, culturais, religiosas e sociais do paciente, quando dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos?

Indicador X	Durante o encontro clínico, não considerei as atitudes descritas na faceta.
Indicador Y	Durante o encontro clínico, considerei uma atitude descrita na faceta.
Indicador Z	Durante o encontro clínico, considerei duas atitudes descritas na faceta.
Indicador W	Durante o encontro clínico, considerei todas as três atitudes descritas na faceta.

5.2. BENEFICÊNCIA

É entendida como o princípio ético da promoção do bem. Não pode o profissional exercer a beneficência de modo absoluto, mas sim dentro dos limites estabelecidos pela dignidade intrínseca a cada pessoa. Portanto, um encontro clínico deve maximizar

benefícios e minimizar prejuízos. Para esta faceta foram consideradas as seguintes condutas:

- a) As medidas terapêuticas foram realizadas com a intenção de preservar a vida;
- b) No tratamento escolhido houve a avaliação da relação custo/benefício; e
- c) Os dados epidemiológicos e estatísticos da (s) hipótese (s) diagnóstica (s) foram avaliados com a finalidade de estabelecer valores prognósticos.

Indicador X	Não adotei as condutas descritas na faceta, quando da consulta médica.
Indicador Y	Na consulta médica realizada, adotei uma conduta descrita na faceta.
Indicador Z	Na consulta médica realizada, adotei duas condutas descritas na faceta.
Indicador W	Na consulta médica realizada, adotei todas as três condutas descritas na faceta.

5.3. NÃO MALEFICÊNCIA

Pacientes devem ser resguardados de danos desnecessários. A promoção da não maleficência significa qualificar-se para a comunicação envolvendo fatores objetivos e subjetivos materializados a partir do conhecimento, habilidades e atitudes a serviço do paciente e da tentativa de anular ou minimizar os conflitos (problemas), objeto da consulta. Para esta faceta foram consideradas as seguintes atitudes:

- a) Respeitar a autonomia do paciente;
- b) Só falar o que sabe;
- c) Só fazer o que está capacitado;
- d) Justificar a não aplicação de conduta diagnóstica/terapêutica habitual; e
- e) Reconhecer os limites do ato médico.

Indicador X	Durante a consulta médica não utilizei as atitudes descritas na faceta.
--------------------	---

Indicador Y	Durante a consulta médica utilizei uma ou duas atitudes descritas na faceta.
Indicador Z	Durante a consulta médica utilizei três ou quatro atitudes descritas na faceta.
Indicador W	Durante a consulta médica utilizei todas as cinco atitudes descritas na faceta.

5.4. JUSTIÇA

A utilização dos critérios de justiça, na área da saúde, é traduzida por equidade ou garantia de prioridade de acesso daqueles mais excluídos socialmente aos serviços de saúde. Diz respeito à igualdade de todos os cidadãos. É o princípio básico de um acordo que objetiva manter a ordem social com a preservação dos direitos em sua forma legal, como descrito na Constituição Brasileira de 1988. Esta faceta está relacionada com a defesa da saúde do paciente, como desdobramento da consulta médica, e fluxo no sistema de saúde. Inclui as seguintes condutas:

- a) Encaminhamentos realizados;
- b) Solicitação de exames complementares;
- c) Pedido de pareceres de especialistas;
- d) Contato com as equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família);
- e) Agendamento de cirurgias;
- f) Visitas domiciliares; e
- g) Caso Clínico do Eixo Teórico-Prático Integrado.

Indicador X	Considerando as condutas descritas na faceta, não realizei desdobramentos do atendimento médico.
Indicador Y	Considerando as condutas descritas na faceta, realizei desdobramentos do atendimento médico sem obedecer aos procedimentos padronizados pelo serviço.
Indicador Z	Considerando as condutas descritas na faceta, realizei desdobramentos do atendimento médico obedecendo aos procedimentos padronizados pelo serviço.

Indicador W	Considerando as condutas descritas na faceta, realizei desdobramentos do atendimento médico obedecendo aos procedimentos padronizados pelo serviço e seguindo um padrão sistemático de cuidados, considerando os recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde - SUS.
------------------------	--

5.5. SIGILO

A necessidade de preservar a privacidade representa um direito do paciente e uma obrigação ética e deontológica do médico. A inobservância deste critério pode causar implicações jurídicas e de responsabilidade profissional. Esta faceta representa a postura do acadêmico em relação à identidade do paciente e informações coletadas após a consulta médica. Foram consideradas as seguintes atitudes visando assegurar o sigilo médico:

- a) Realização da consulta médica em um local com privacidade;
- b) Letra legível no prontuário médico;
- c) Organização do prontuário médico;
- d) Preocupação com a proteção do arquivo dos prontuários médicos; e
- e) Proteção da identidade dos pacientes nas discussões acadêmicas.

Indicador X	Em função do aprendizado da medicina e por tratar-se de um ambiente acadêmico, não preservei a privacidade do paciente.
Indicador Y	Preservei a privacidade do paciente com a identificação de uma ou duas atitudes descritas na faceta.
Indicador Z	Preservei a privacidade do paciente com a identificação de três ou quatro atitudes descritas na faceta.
Indicador W	Preservei a privacidade do paciente com a identificação de todas as cinco atitudes descritas na faceta.

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

_____ (nome do Sujeito da Pesquisa)

Você está convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa acadêmica. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado. Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia pelos telefones (62) 3254-4161 e 3254-4144, para esclarecimentos. Dúvidas relacionadas aos aspectos metodológicos, deverão ser esclarecidas com o pesquisador responsável.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto - ENCONTRO CLÍNICO NO MODELO BIOPSISSOCIAL: AUTOPERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.

Pesquisador Responsável: Gélcio Sisteroli de Carvalho – CRM/GO nº 4738

Instituição: Departamento de Medicina da PUC Goiás

Endereço: Avenida Universitária nº 1069 - Setor Universitário, Telefones para contato: (62) 3946 1486 e (62) 3946 1487, CEP 74605.010, Goiânia/Goiás.

- A pesquisa objetiva avaliar o encontro clínico na perspectiva biopsicossocial, em uma turma do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás que utiliza metodologias problematizadoras. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE], em duas vias, os dados serão coletados através de protocolos contemplando as cinco dimensões da pesquisa: biomédica, cognitiva, ecossistêmica, psicológica e bioética, traduzidas para um instrumento de avaliação abordando temas relacionados à sua formação médica: conhecimentos, habilidades e atitudes, como prevê o Projeto Político Pedagógico do Curso.
- Esta pesquisa acontecerá em dois momentos distintos: concluintes da Semiologia Médica [final do IV Módulo] e concluintes da Unidade I – Crescimento, Desenvolvimento e Reprodução Humana: eixo temático Ambulatório de Reprodução Humana [final do Módulo VI ou início do Módulo VII], com intervalo de um ano, previsto na matriz curricular do seu curso médico. Os resultados, individuais, identificados e pareados, para análise do crescimento e desenvolvimento acadêmico no modelo pedagógico proposto, servirão para validar o instrumento de avaliação do encontro clínico e descrever as autopercepções em dois momentos distintos da sua formação médica. As informações serão analisadas com base nas investigações e marcos teóricos que comporão o texto da Tese de Doutorado de Gélcio Sisteroli de Carvalho, sob orientação do Professor Dr. Celmo Celeno Porto.

- O desenvolvimento da pesquisa terá como metodologia o aproveitamento das semanas pedagógicas de duas unidades desenvolvidas no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, cumprindo com a programação acadêmica do Departamento de Medicina da PUC Goiás.
- O trabalho final será divulgado em revistas científicas e congressos e poderá colaborar com novos estudos para diferentes espaços acadêmicos, de pesquisas e instituições relacionadas à educação e formação médica.
- Pela experiência do pesquisador, referida pesquisa foi classificada na avaliação do risco pela relação dano/ocorrência do evento, em dano pequeno e ocorrência de eventos adversos improvável, caracterizando uma situação de baixo risco associado (Heller, 2000). No entanto, se você sentir desconfortável por qualquer motivo poderá interromper suas respostas e não devolver os protocolos, abandonando a pesquisa. Adicionalmente, em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao profissional responsável pelo estudo para esclarecimentos de eventuais dúvidas.
- Caso sinta lesado por qualquer motivo relacionado ao estudo, o pesquisador estará a sua disposição para minimizar ou anular os conflitos, colocando à sua disposição as potencialidades institucionais [PUC Goiás] para dirimir responsabilidades e ressarcimento dos prejuízos por parte do pesquisador.
- Sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de pagamento ou quantificação financeira e sua recusa não envolverá qualquer penalidade.
- É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo.
- O protocolo levará em média 40 minutos para ser respondido. Caso queira receber a contra referência do estudo, há necessidade da sua identificação nas duas etapas da pesquisa. Caso contrário, você poderá utilizar um pseudônimo [o mesmo nas duas etapas].
- Os protocolos gerados serão utilizados apenas para esta pesquisa e arquivados no Departamento de Medicina da PUC Goiás, sob responsabilidade desta Instituição e do pesquisador por um período máximo de 5 [cinco] anos a contar da assinatura do termo, quando serão destruídos.
- As normas de biossegurança, repassadas nas diferentes unidades dos Módulos I, II e III do Curso de Medicina da PUC Goiás, deverão ser rigorosamente seguidas no cenário prático, cumprindo com as determinações regimentares do convívio em ambientes de laboratório e das Unidades de Saúde.

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Goiânia (GO), ____ / ____ / ____

1ª via - sujeito da pesquisa
2ª via - pesquisador

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Eu, _____,
identidade nº. _____ CPF nº. _____,
abaixo assinado, concordo em participar como sujeito da pesquisa **ENCONTRO CLÍNICO NO MODELO BIOPSISSOCIAL: AUTOPERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Gélcio Sisteroli de Carvalho sobre a pesquisa, a justificativa, os objetivos, os procedimentos nela envolvidos, as duas etapas, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade e que a Instituição de Ensino Superior – PUC Goiás estará a minha inteira disposição para dirimir responsabilidades.

Goiânia (GO), ____/____/____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar da pesquisa **ENCONTRO CLÍNICO NO MODELO BIOPSISSOCIAL: AUTOPERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**.

Nome da testemunha: _____

Assinatura: _____

Nome da testemunha: _____

Assinatura: _____

Única via -

ANEXO 3: PARECER FAVORÁVEL DO CEP/SCMG



Goiânia, 02 de julho de 2009.

PROCOLO CEP/SCMG N. 012/2009

TÍTULO: Encontro clínico no modelo biopsicossocial: autopercepção dos acadêmicos de medicina da Universidade Católica de Goiás

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL: Gélcio Sisteroli de Carvalho

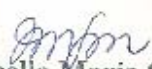
Local de Realização: Santa Casa de Misericórdia de Goiânia
Área de Conhecimento: 4.01 – Ciências da Saúde - Medicina
Área Temática: Grupo III

Situação: **APROVADO**

Prezado (a) Pesquisador (a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia – CEP/SCMG, após análise das pendências apontadas anteriormente, **aprovou sem restrições** o projeto supra citado, considerando-o em acordo com os princípios éticos vigentes.

Informamos que deverão ser encaminhados ao CEP/SCMG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa e/ou do encerramento, conclusões e publicação (ões) do mesmo.


Fga. Ms. Isabella Maria Gonçalves Mendes
Coordenadora do CEP/SCMG

ANEXO 4: PRONTUÁRIO ACADÊMICO (ADAPTADO)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CURSO DE MEDICINA

MODELO DE PRONTUÁRIO ACADÊMICO UTILIZADO PELO DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS E ADOTADO NOS CENÁRIOS PRÁTICOS AMBULATORIAIS

ANAMNESE**IDENTIFICAÇÃO:**

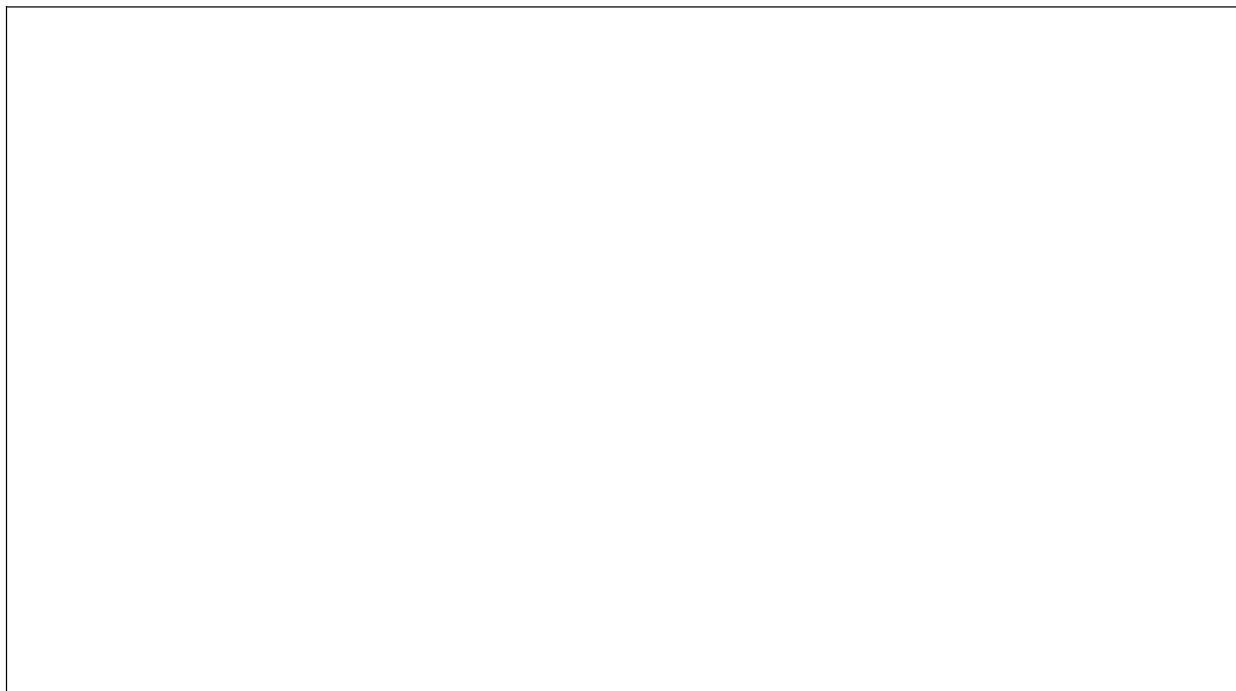
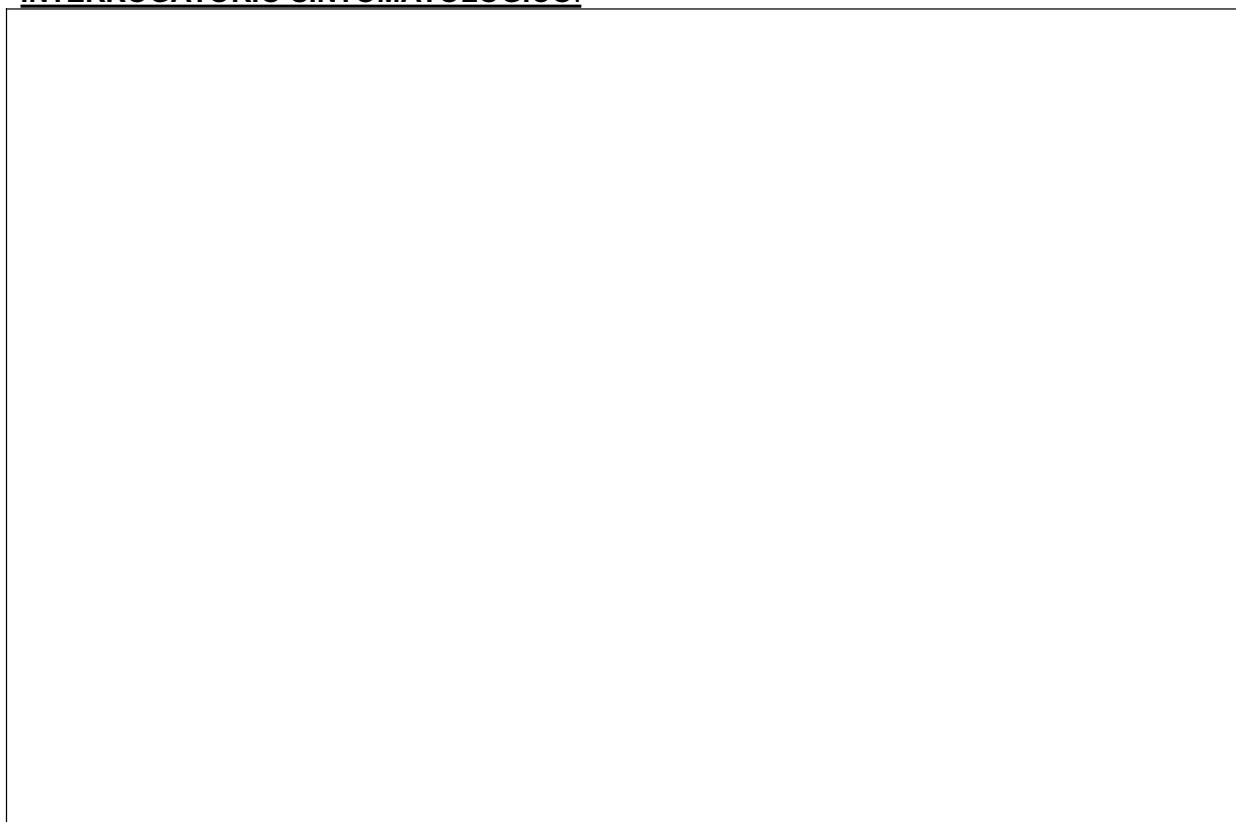
Nome: _____ Idade: _____
Sexo/Gênero: _____ Cor/Etnia: _____ Estado Civil : _____
Profissão: _____ Local de trabalho: _____
Naturalidade: _____
Procedência: _____
Residência: _____
Nome da mãe: _____
Responsável/cuidador/acompanhante (criança, adolescente, idoso ou incapaz): _____
Religião: _____
Plano de Saúde: _____
Data Consulta: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

--

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

--

**INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:**

ANTECEDENTES PESSOAIS:

--

ANTECEDENTES FAMILIARES:

--

HÁBITOS DE VIDA:

--

CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS E CULTURAIS

--

EXAME FÍSICO

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for handwritten notes during a physical examination.

SUMÁRIO DOS ACHADOS ANORMAIS:

--

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

--

EXAME (S) SOLICITADO (S):

--

CONDUTA (S) REALIZADA (S):

--

OUTRAS CONSIDERAÇÕES:

--

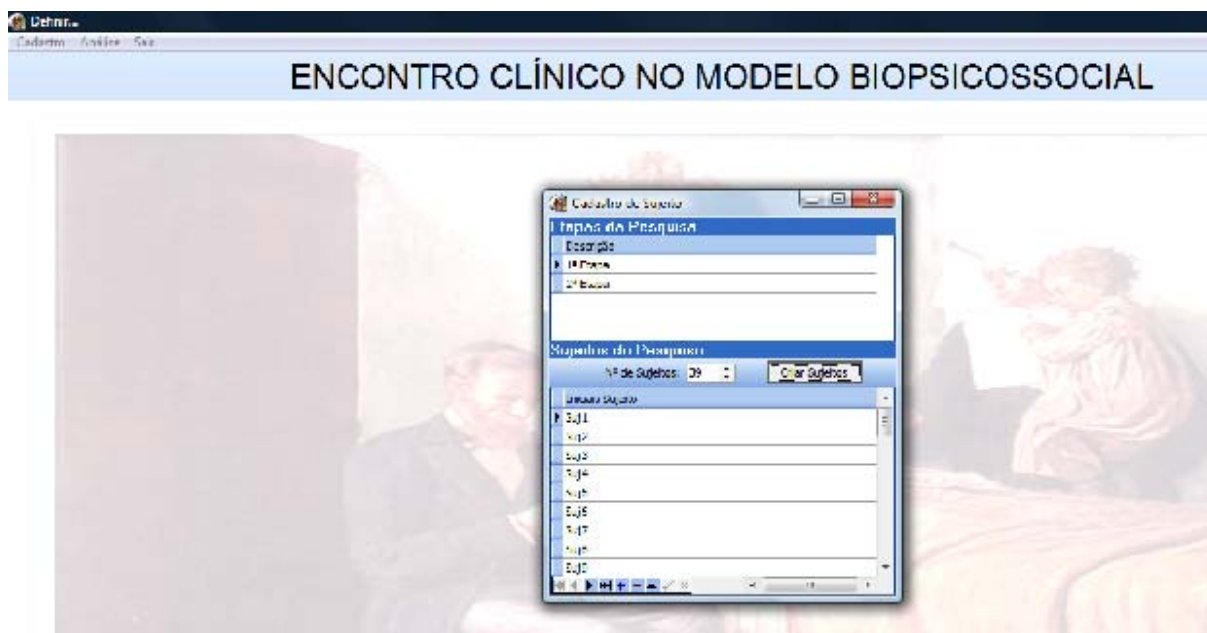
Data: ____/____/____ Hora: _____

Acadêmico Responsável: _____

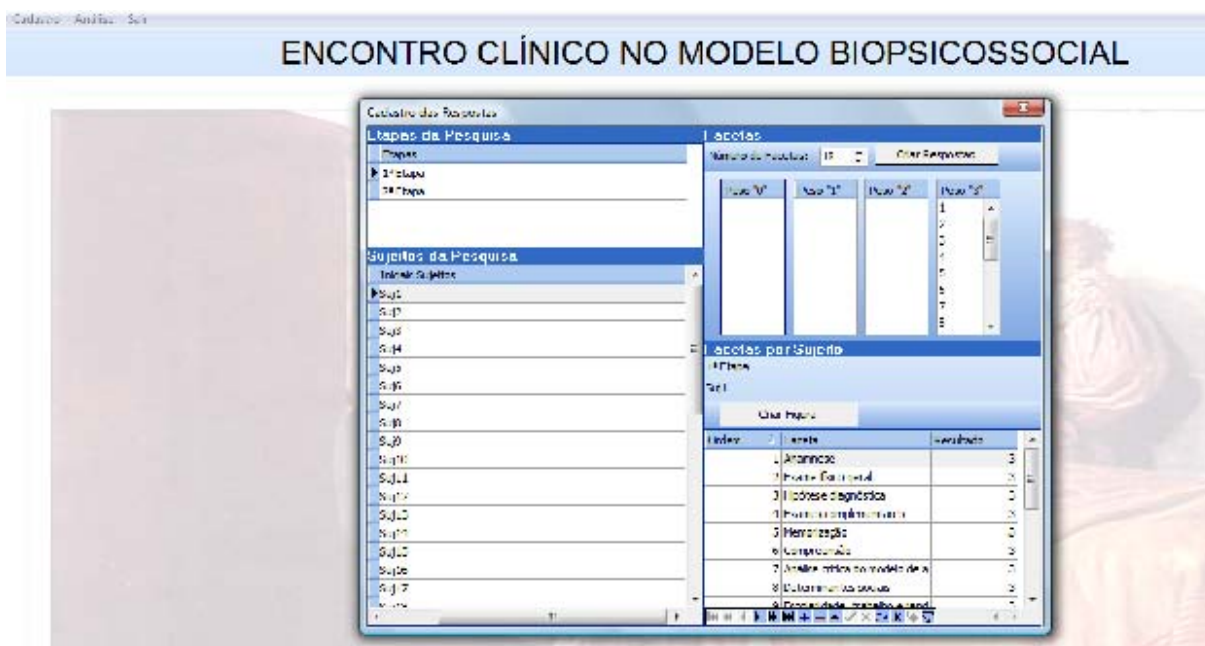
Professor Responsável: _____

ANEXO 5: PROGRAMA INFORMACIONAL – *Project2*

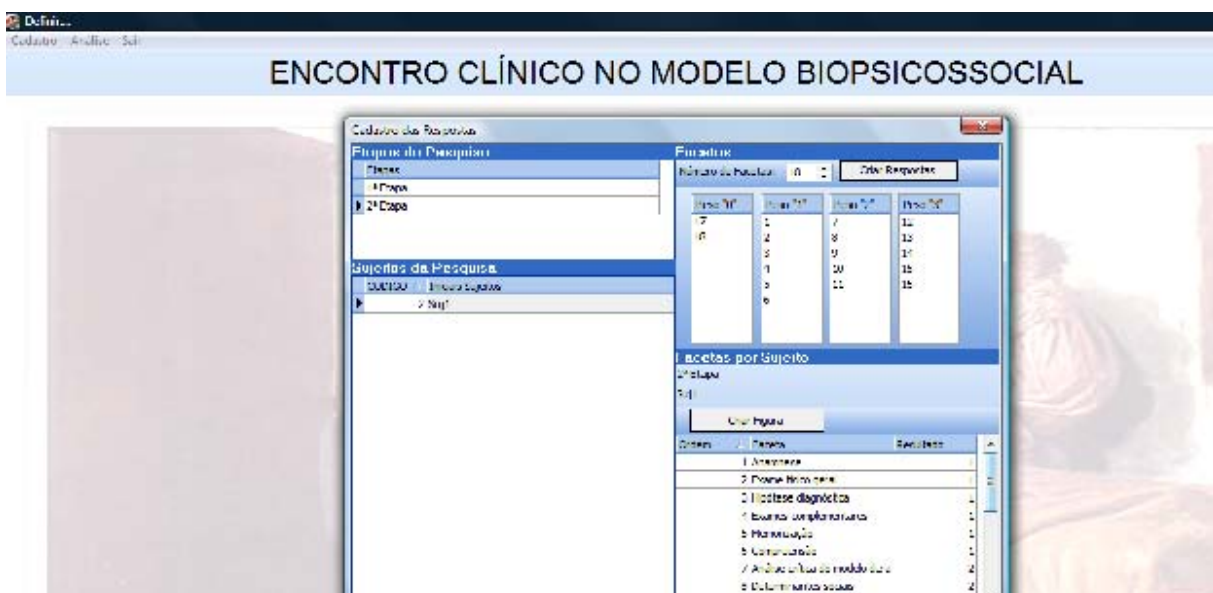
Página inicial do programa *Project2* desenvolvido para a Tese.



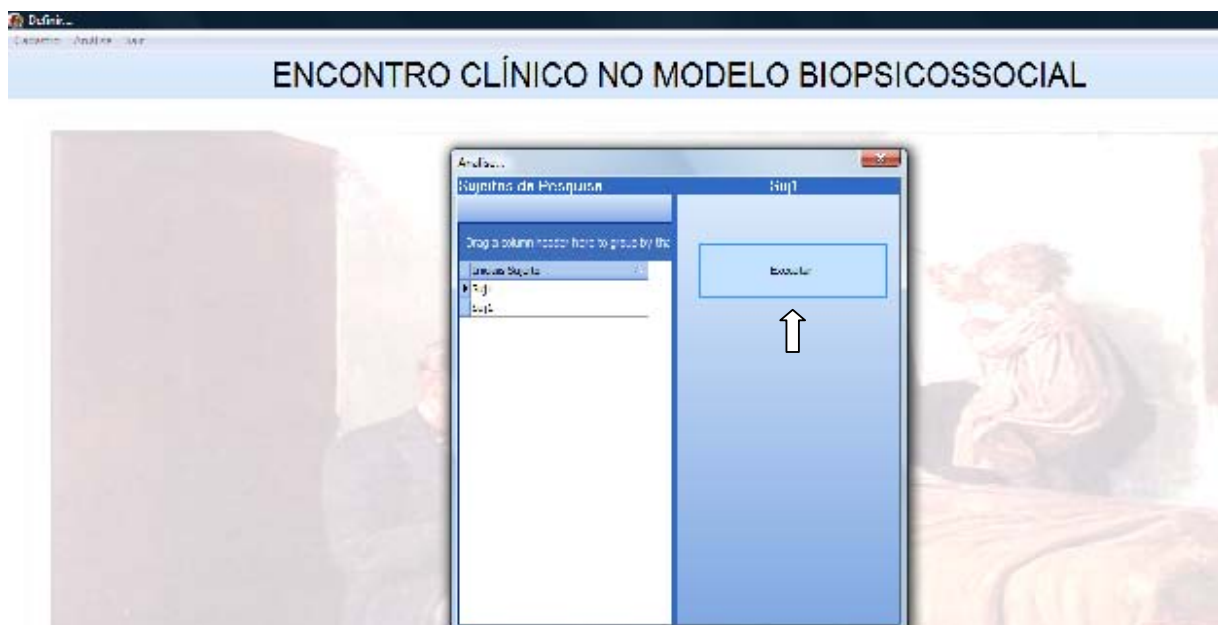
Cadastro das etapas da pesquisa e dos sujeitos no Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial.



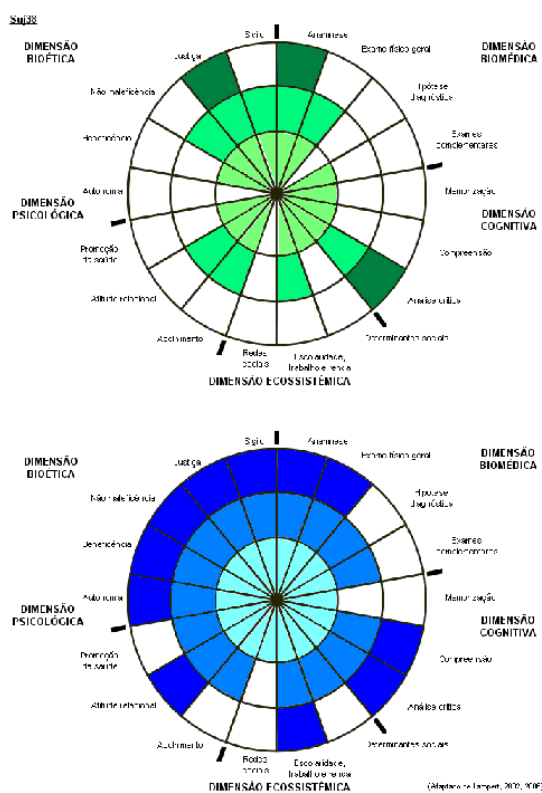
Cadastro das respostas dos sujeitos no Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial – 1ª etapa.



Cadastro das respostas dos sujeitos no Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial – 2ª etapa.



Seleção do ícone Análise para exportar os dados para o *Microsoft Office – Word* para a formatação das duas figuras (1ª e 2ª etapas).



Figuras (com redução de 40%) construídas pelo programa *Project2*.

ANEXO 6: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

Uma Publicação da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM

Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM

Sobre a Revista | Direções | Assinatura | Artigo e Submissão | Conselho Editorial | Indicação e Parcerias | Fale Conosco

Artigo e Submissão

Artigos Aprovados

Você não possui artigos aprovados aguardando publicação.

Verifique, na tabela abaixo, os artigos que você possui aguardando avaliação.

Caso você não tenha enviado artigos para avaliação, utilize a opção "Novo Artigo", à direita, para preencher o formulário adequado.

Se você possui um artigo e deseja publicar na RBEM, veja as instruções clicando no link a seguir

Envie seu Artigo para Avaliação >>

Consulta artigos online no Scielo

Pesquisar:

no tempo:

Pesquisar >>

Artigos Aguardando Avaliação

- e-0038/2010 - O CURSO DE MEDICINA DA PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS: O NOVO PARADIGMA NA FORMAÇÃO MÉDICA

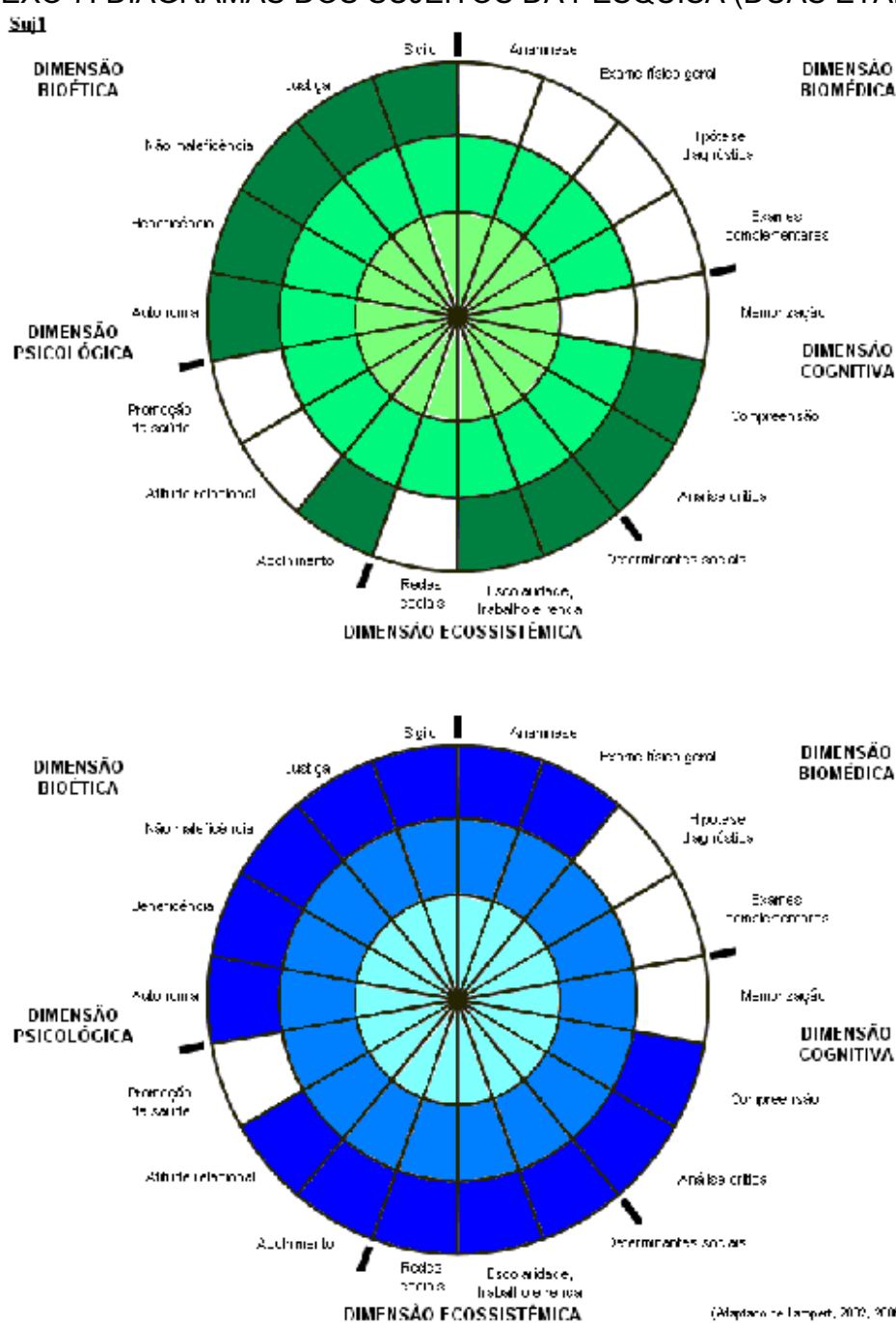
Endereço: Fone: (11) 2260-6161 e (11) 1575-0431 - FAX: (11) 2260-6952

revista@educacomedica.org.br - Todos os direitos reservados para a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM

Endereço: Fone: (11) 2260-6161 e (11) 1575-0431 - FAX: (11) 2260-6952

revista@educacomedica.org.br - Todos os direitos reservados para a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM

ANEXO 7: DIAGRAMAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA (DUAS ETAPAS)



Legenda: em cada faceta, o ponto central significa "sem nenhuma interferência". Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 1 - Instrumento de Auto percepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).

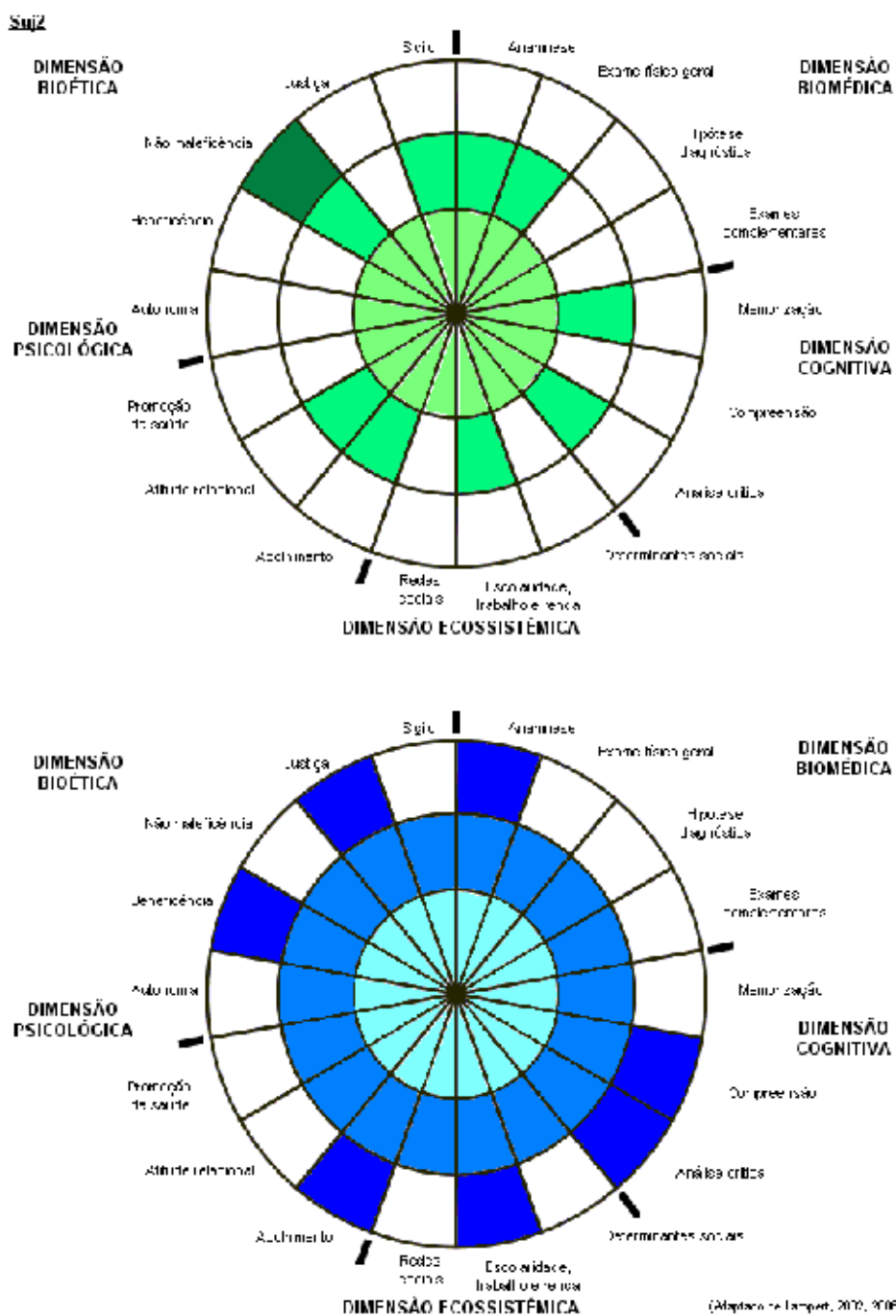
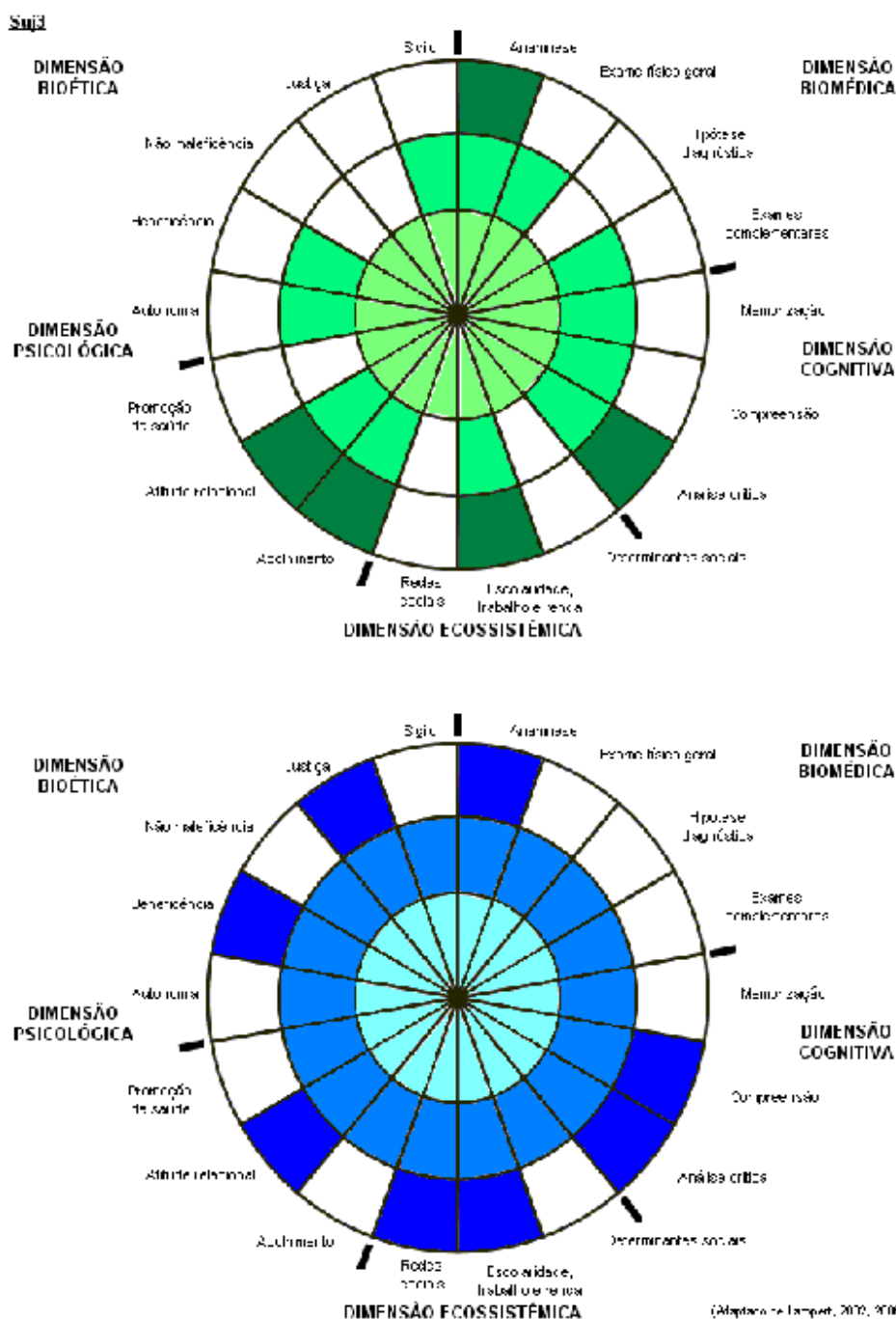
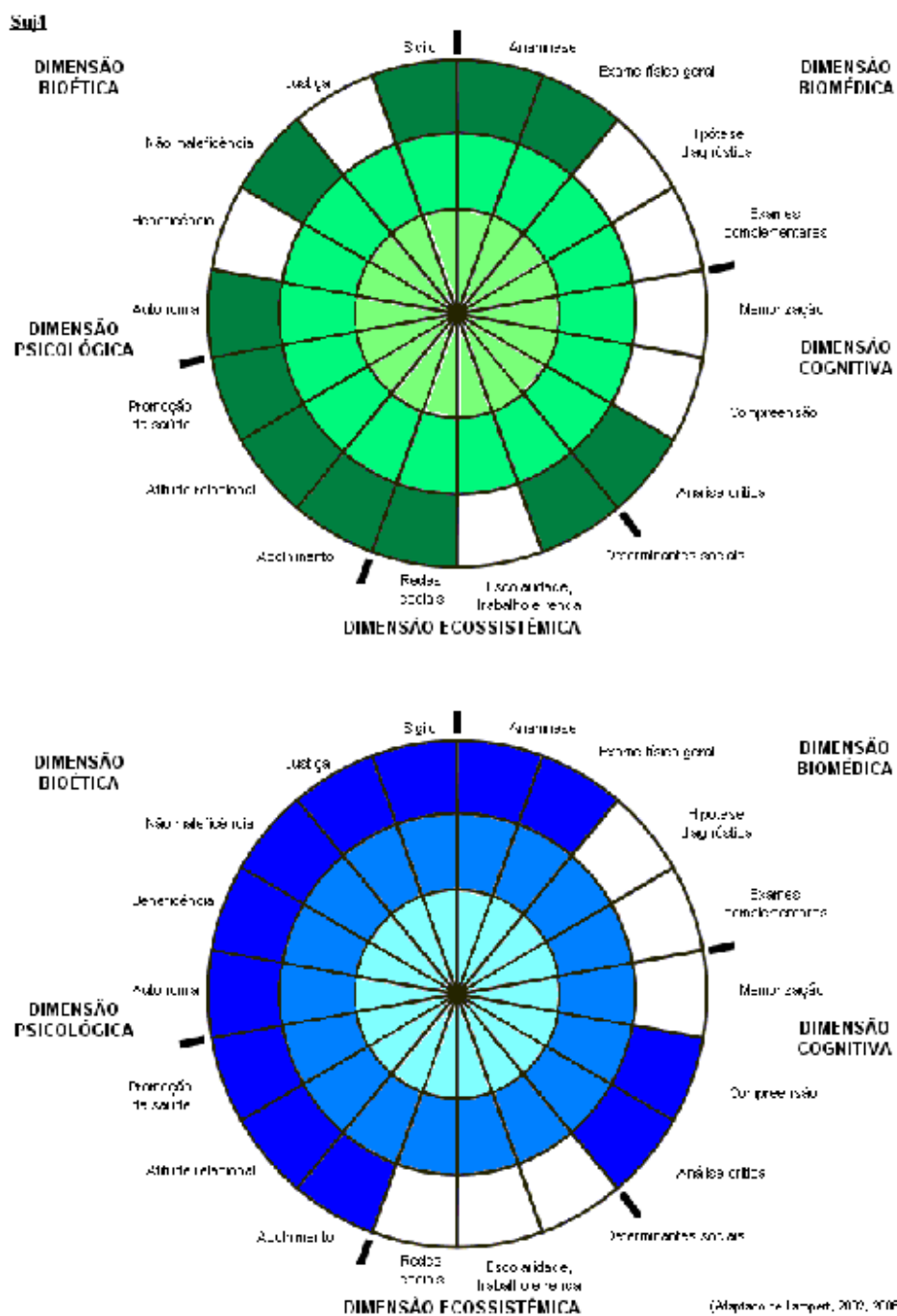


Figura 2 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



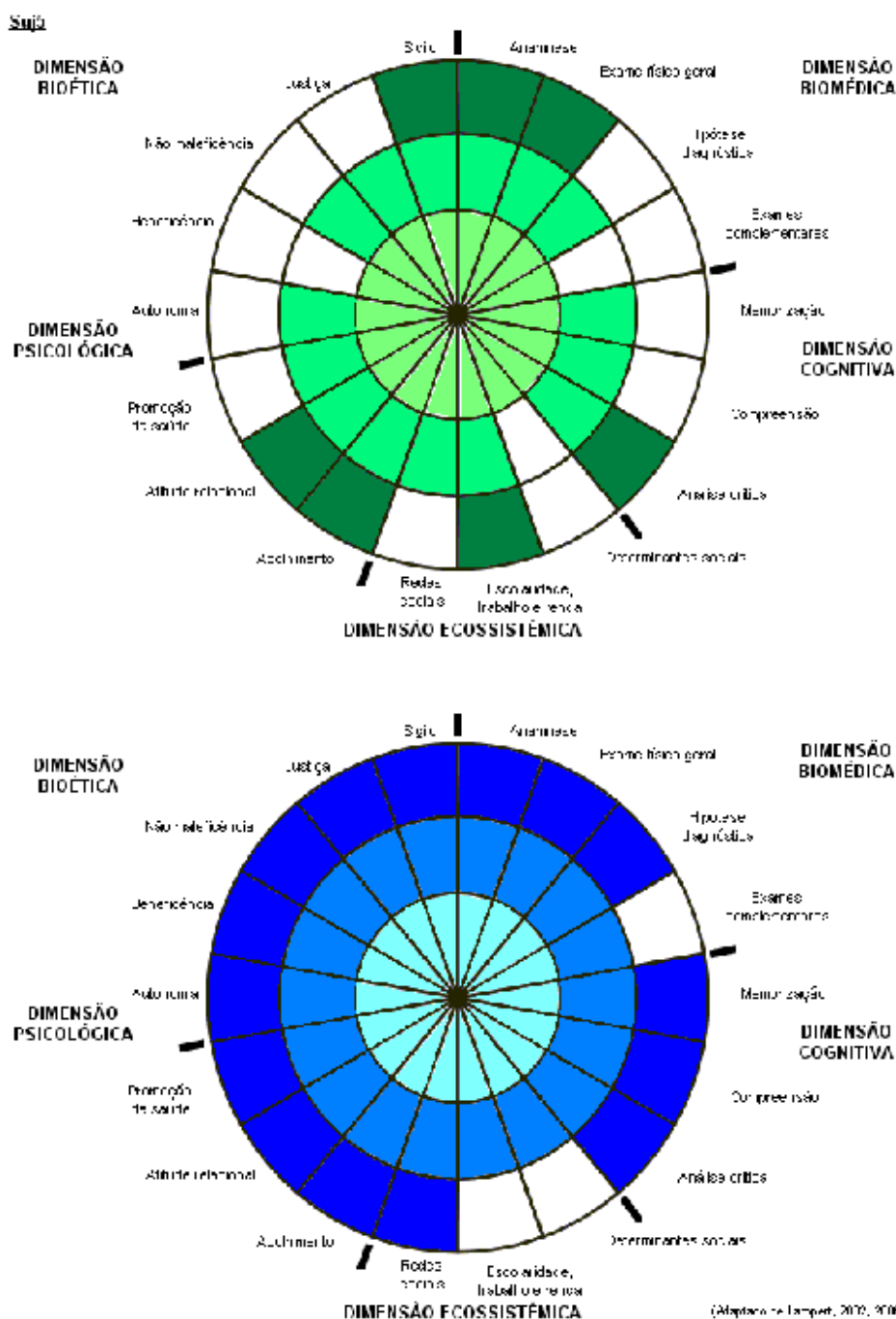
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 3 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



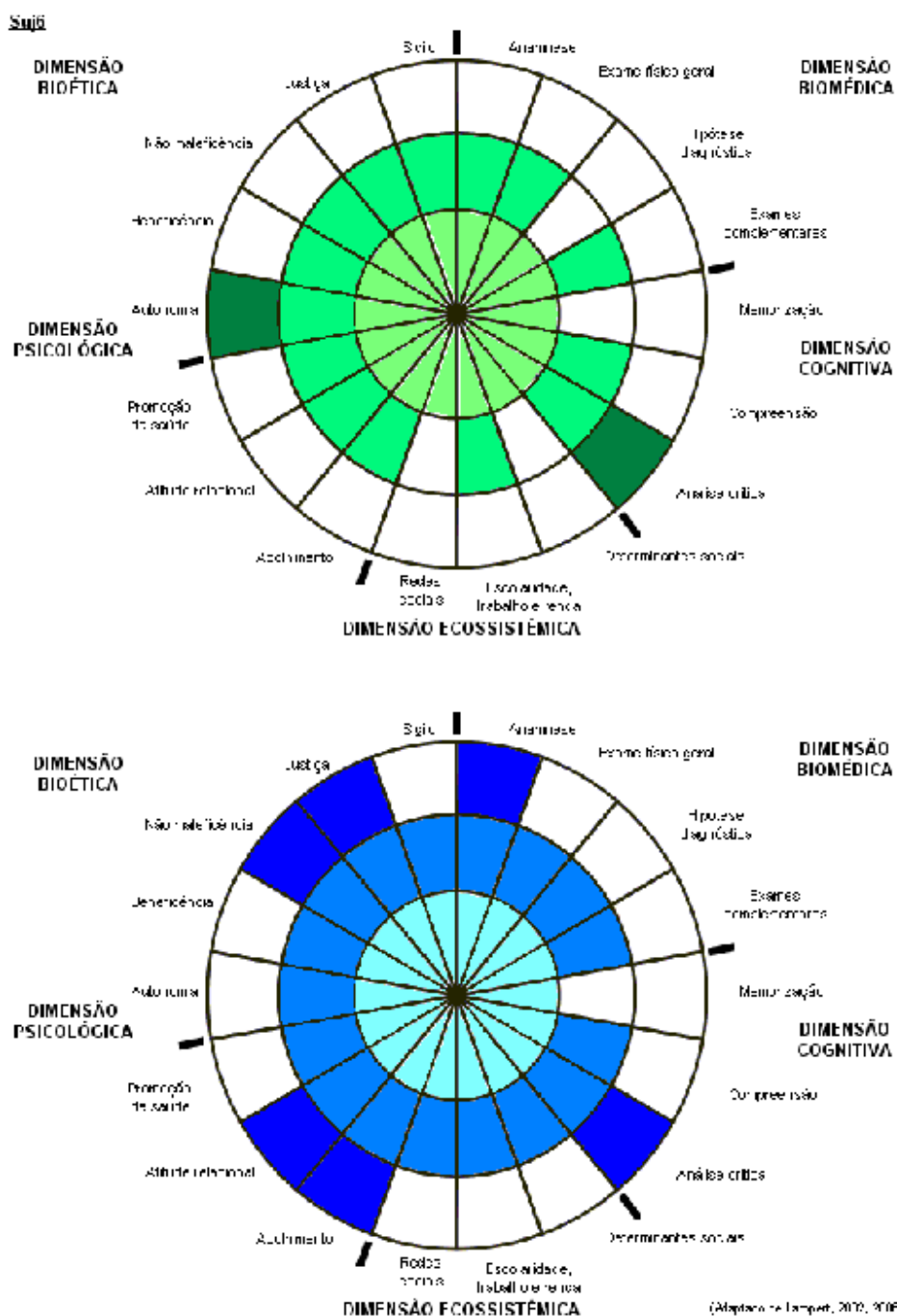
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 4 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



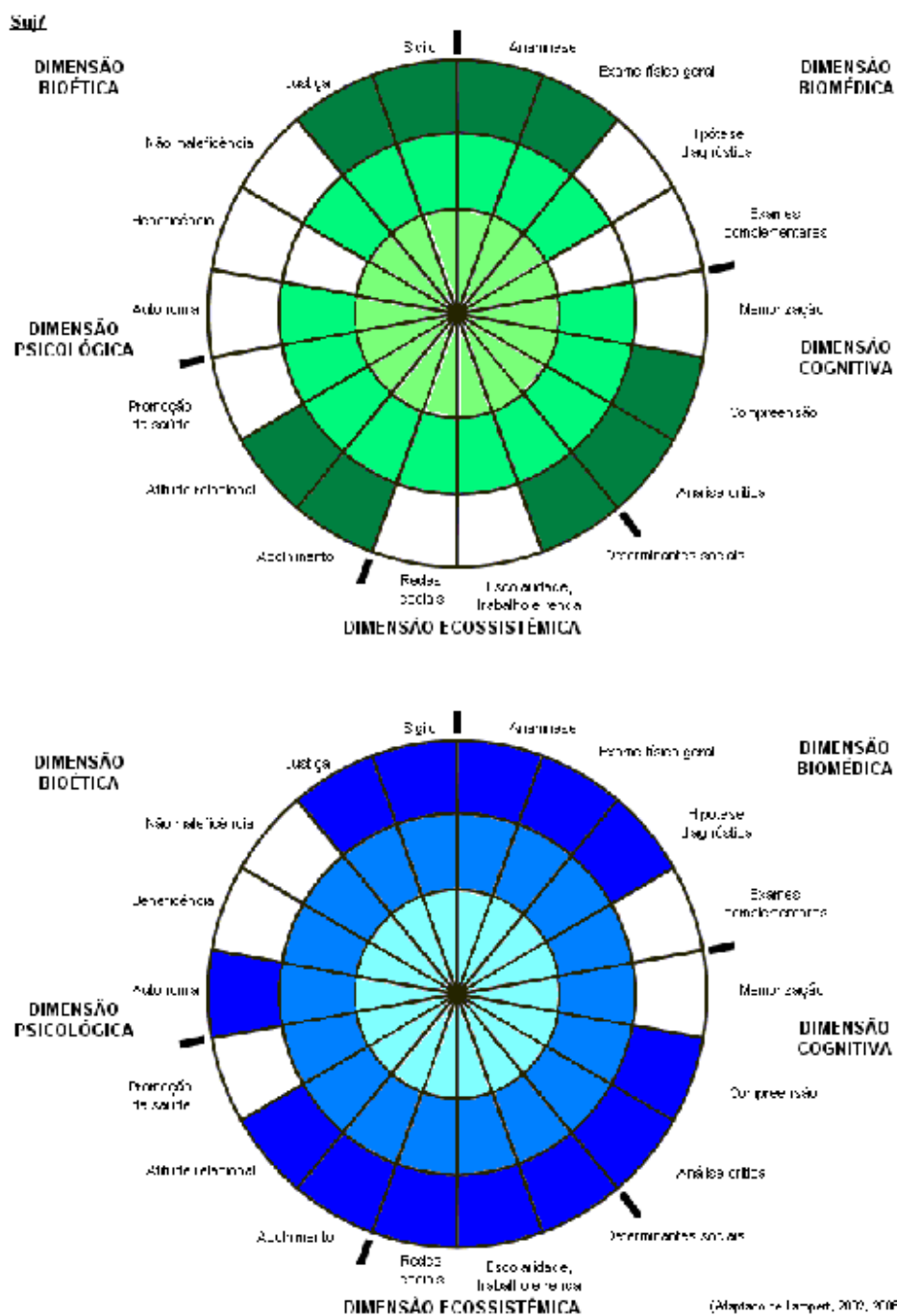
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 5 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



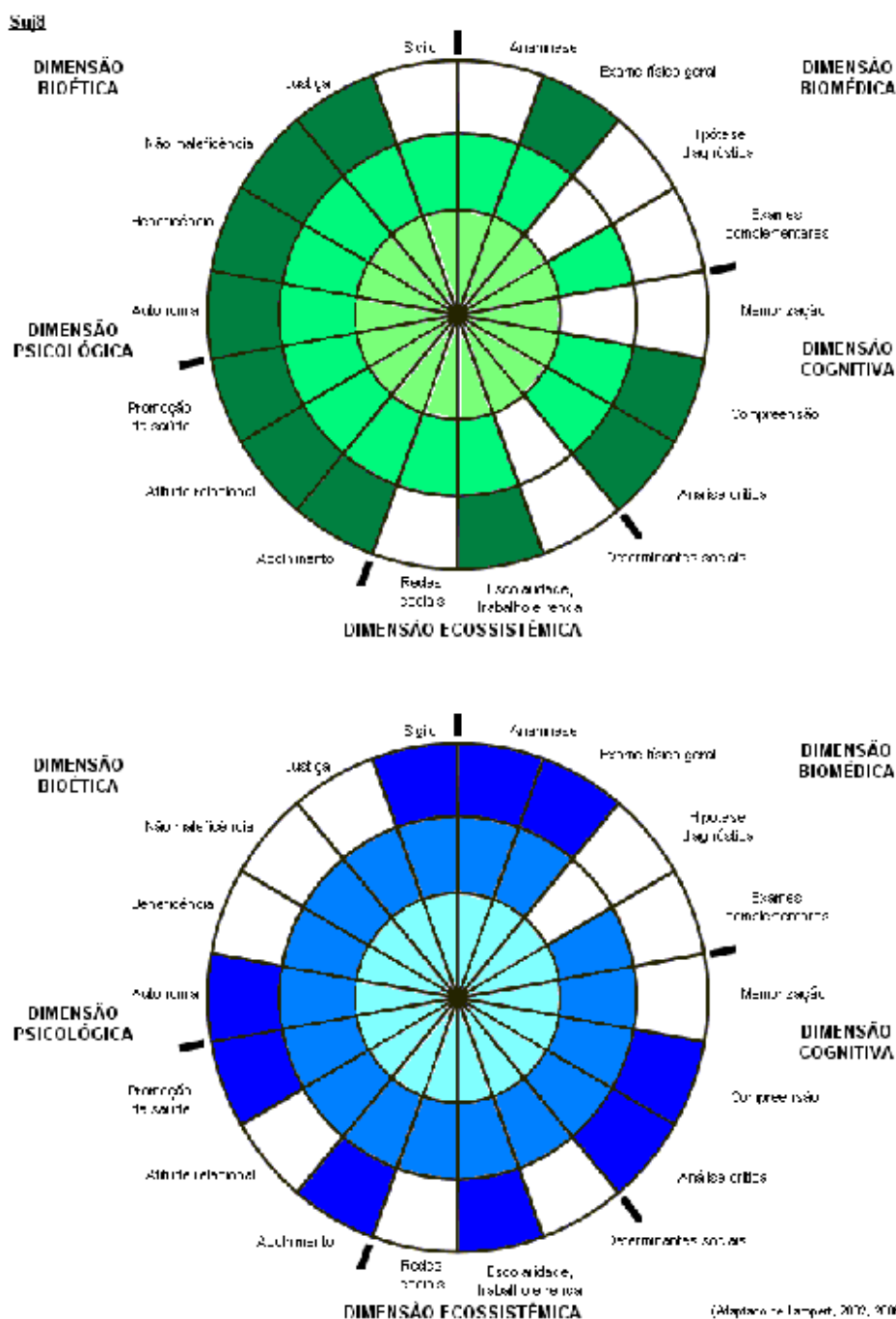
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 6 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



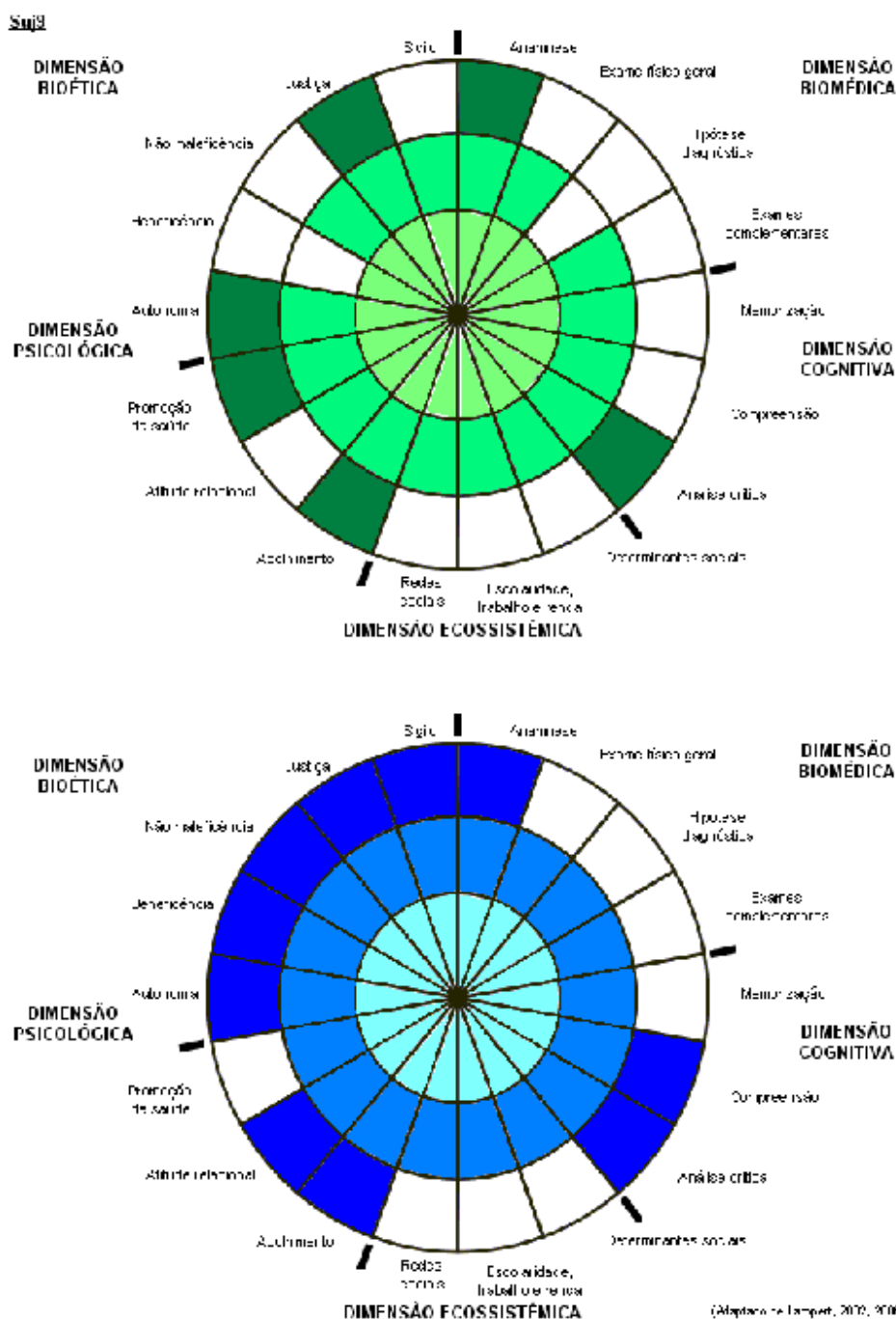
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 7 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



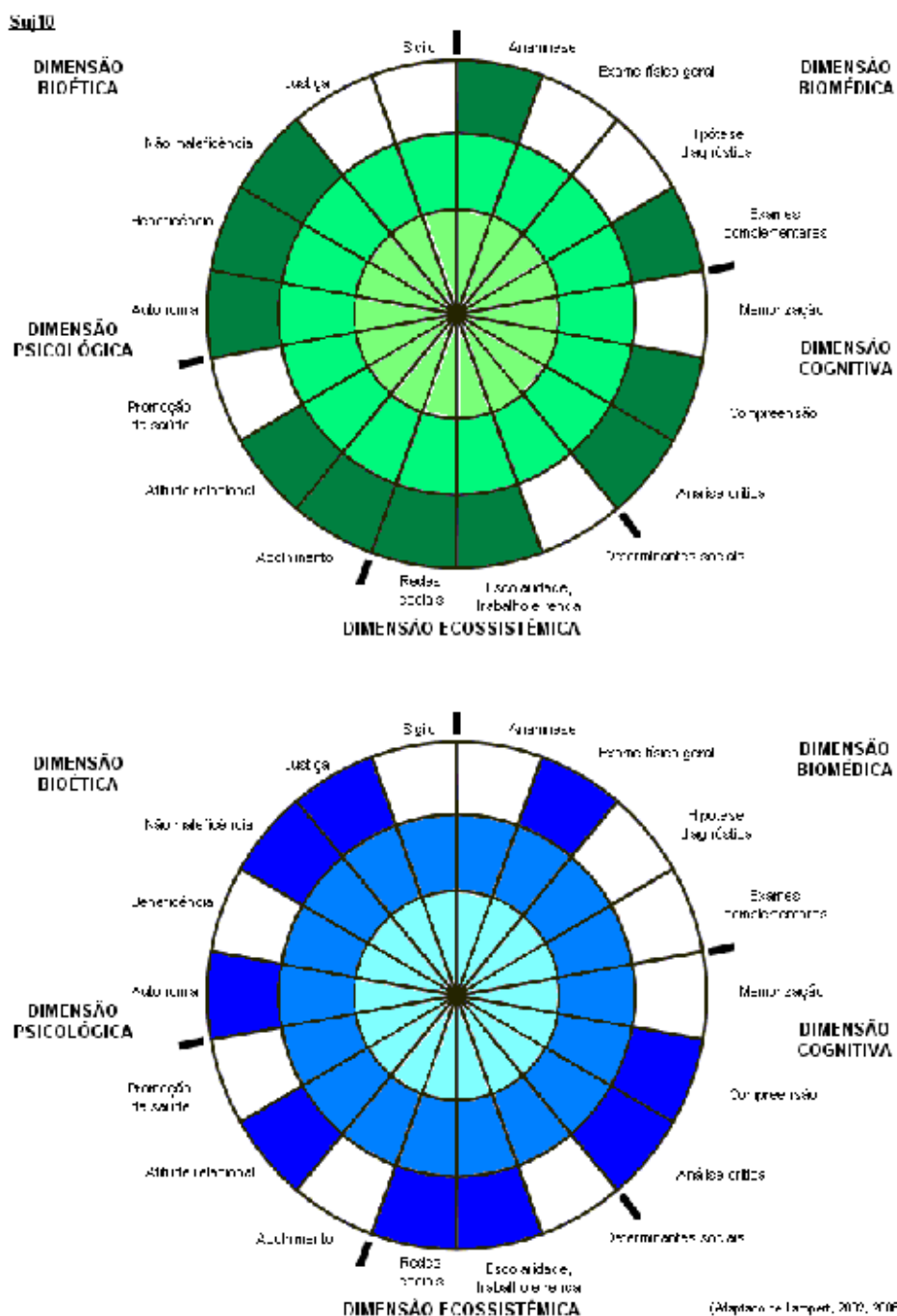
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 8 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



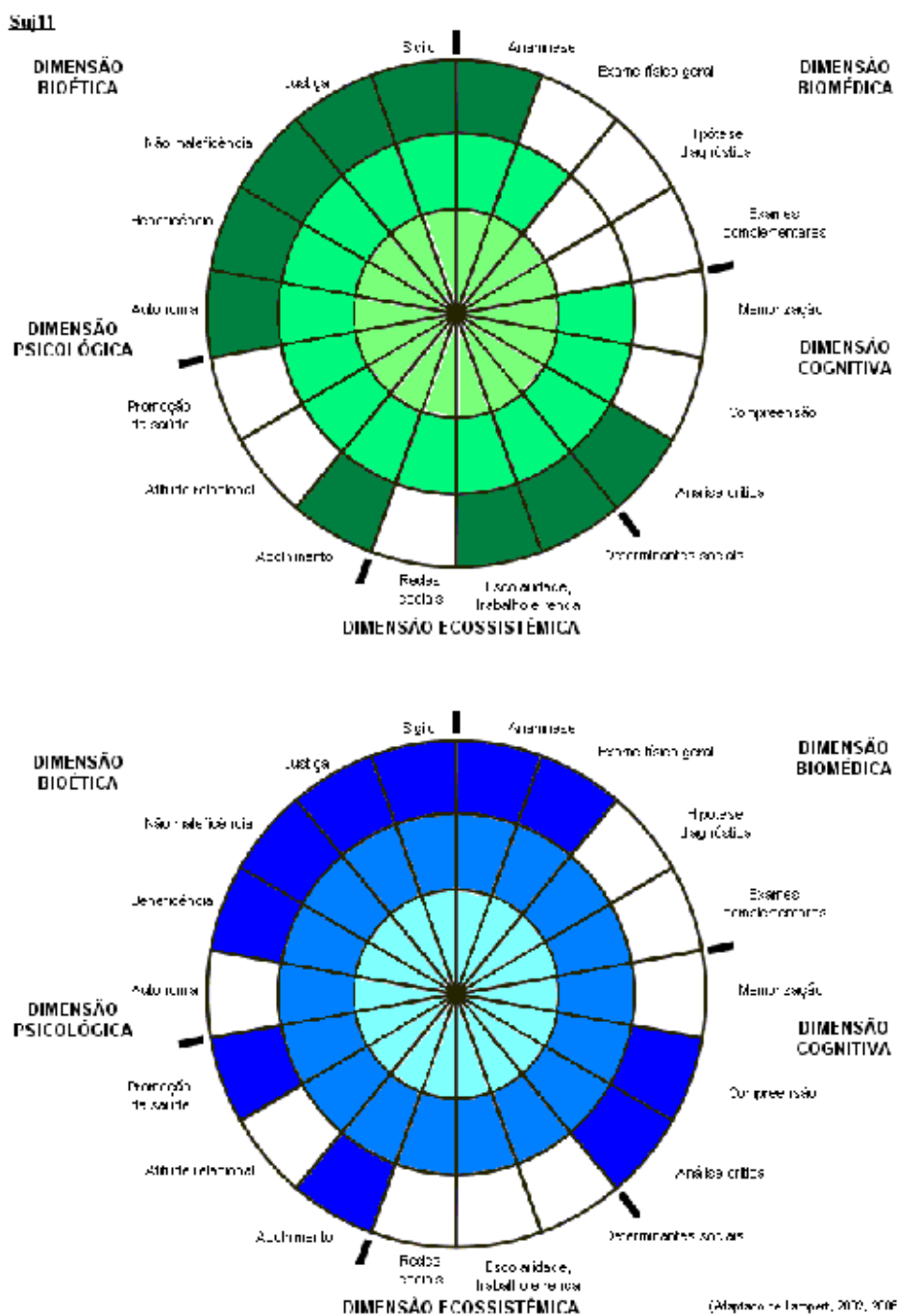
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 9 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



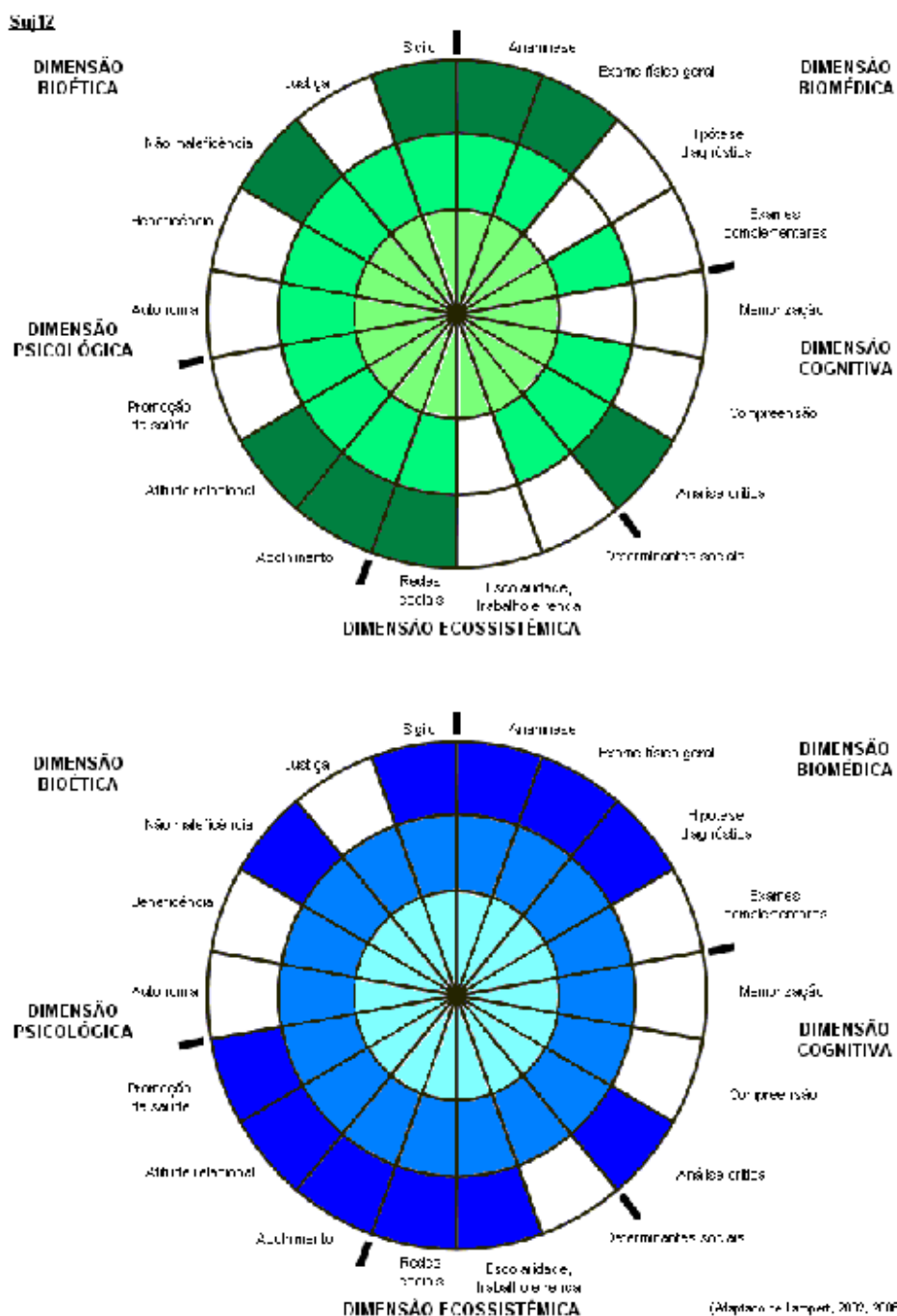
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 10 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



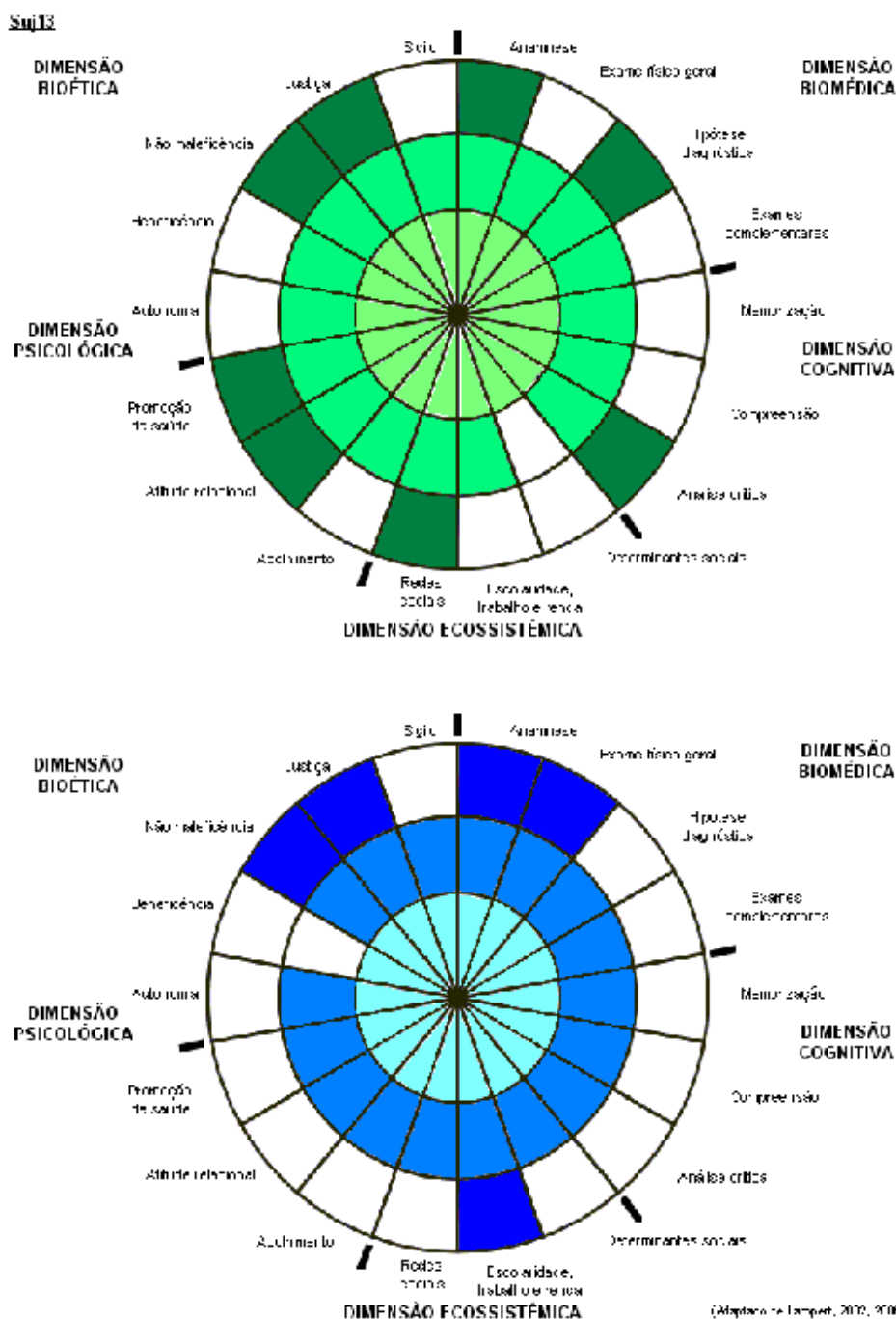
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 11 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



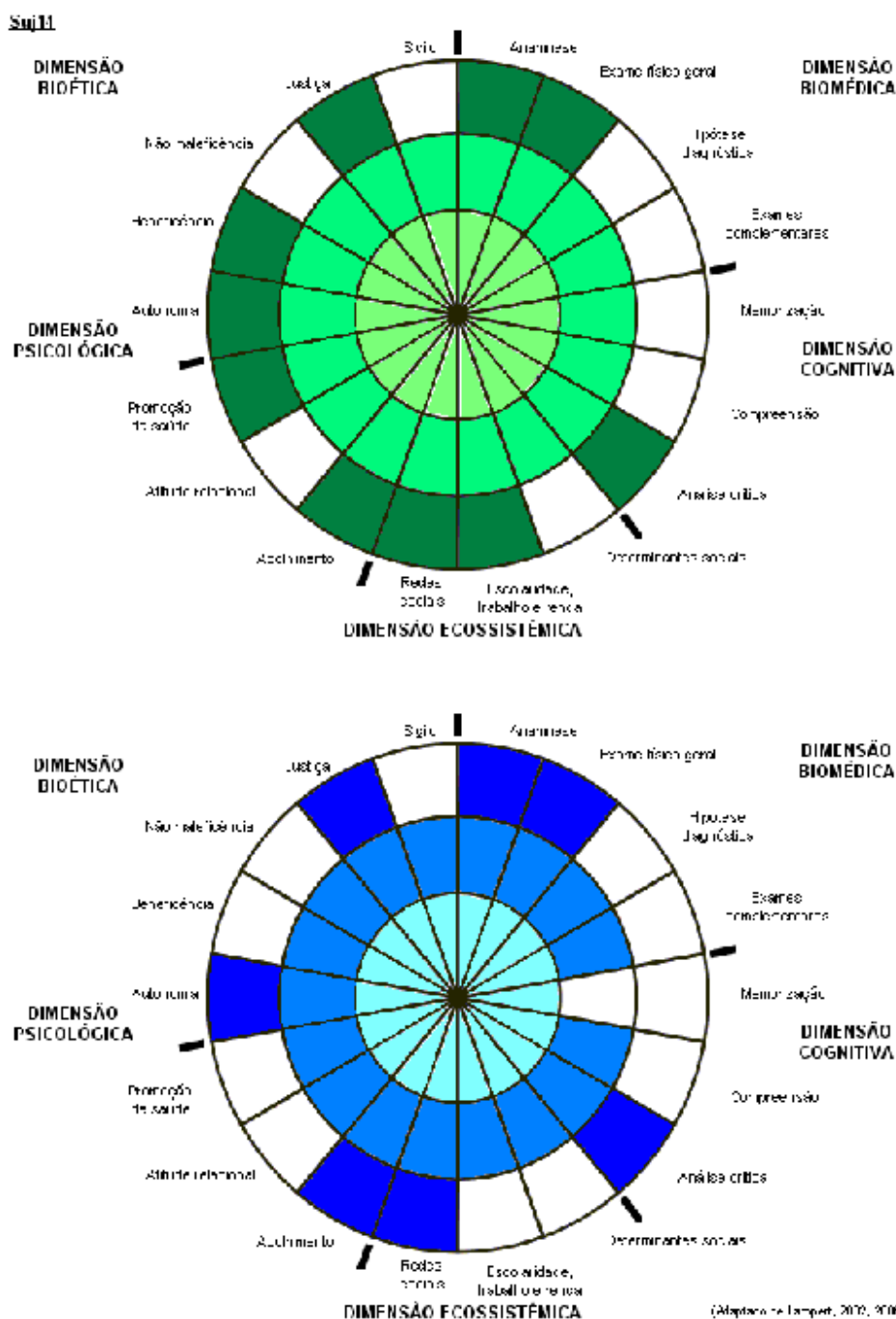
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 12 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



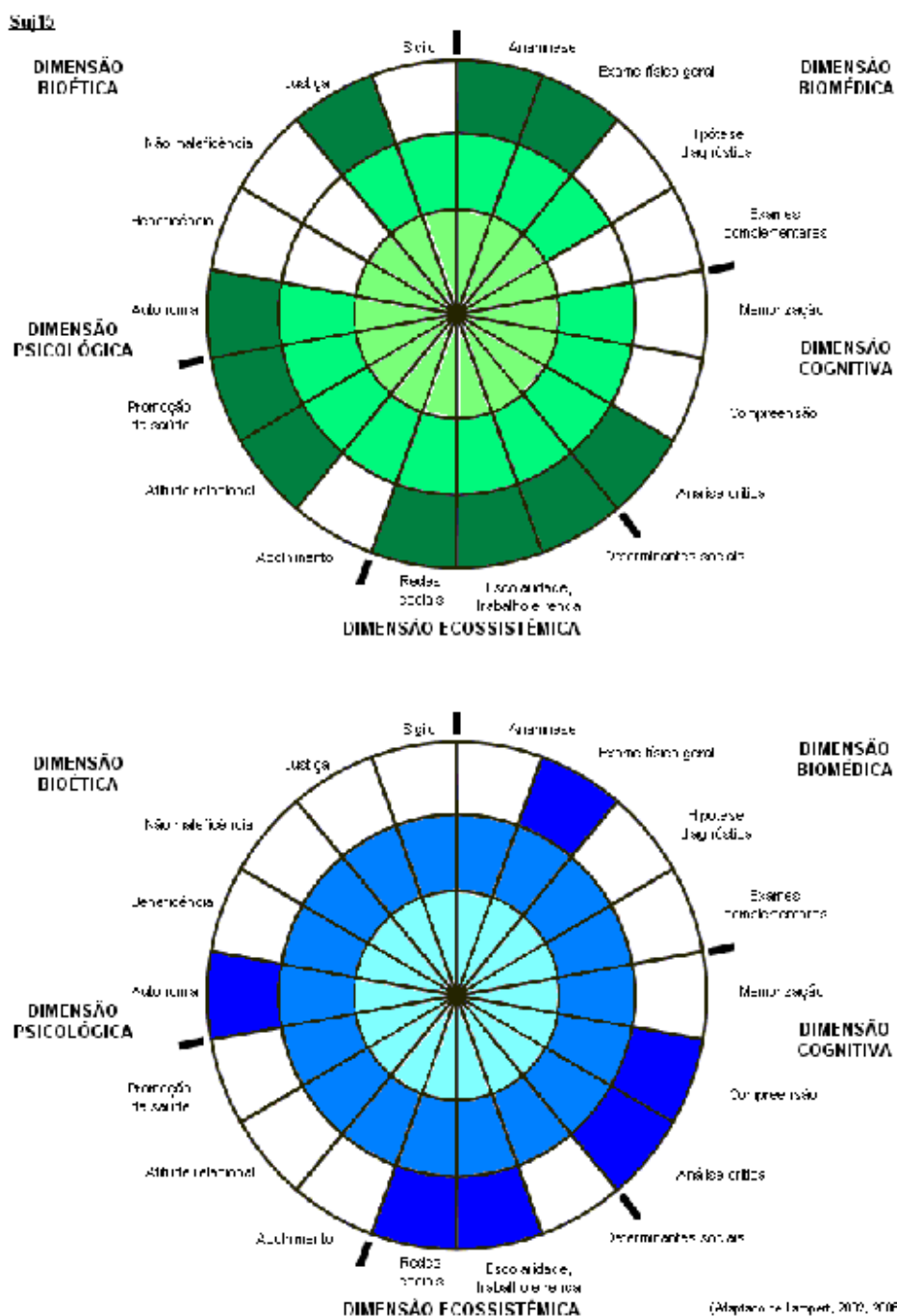
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 13 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



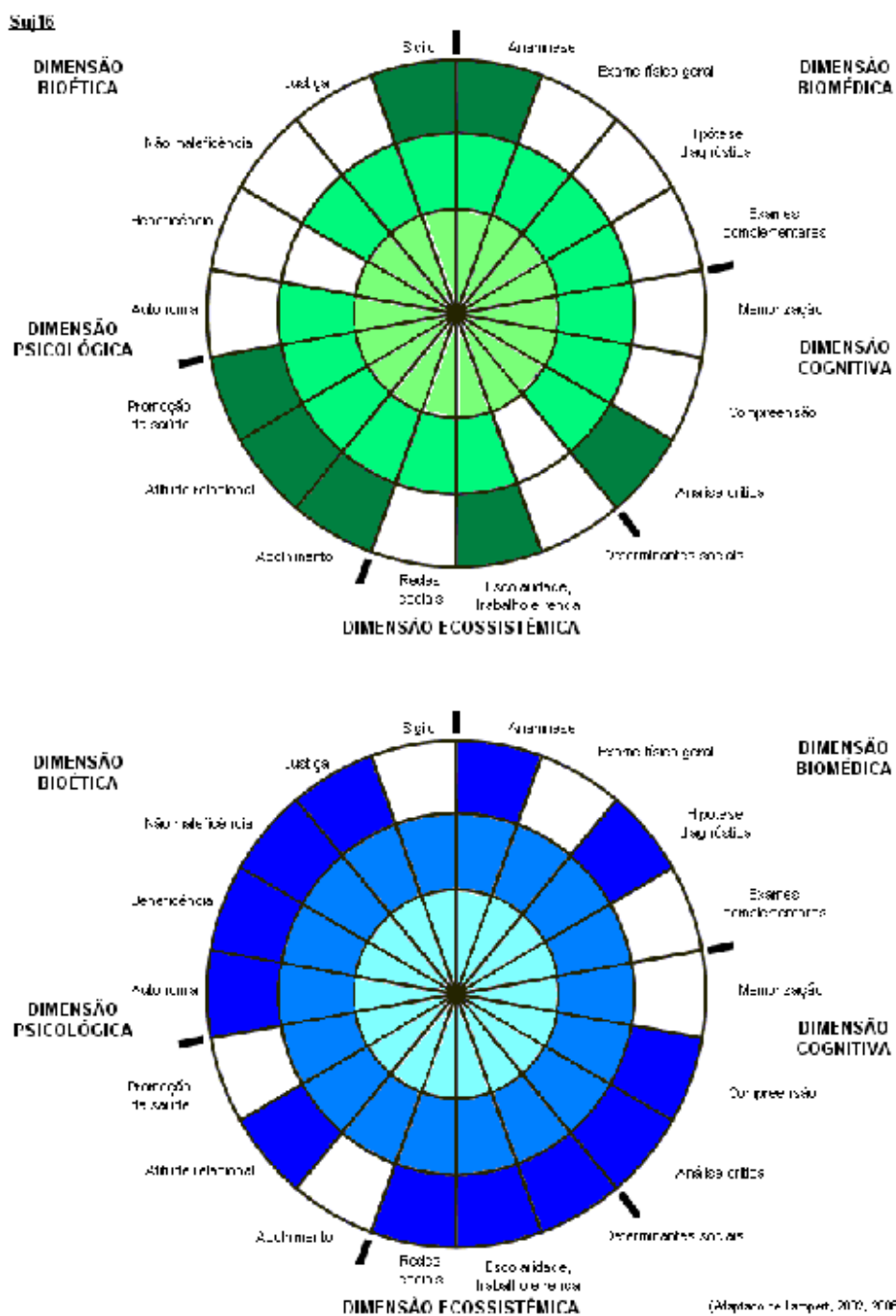
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 14 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



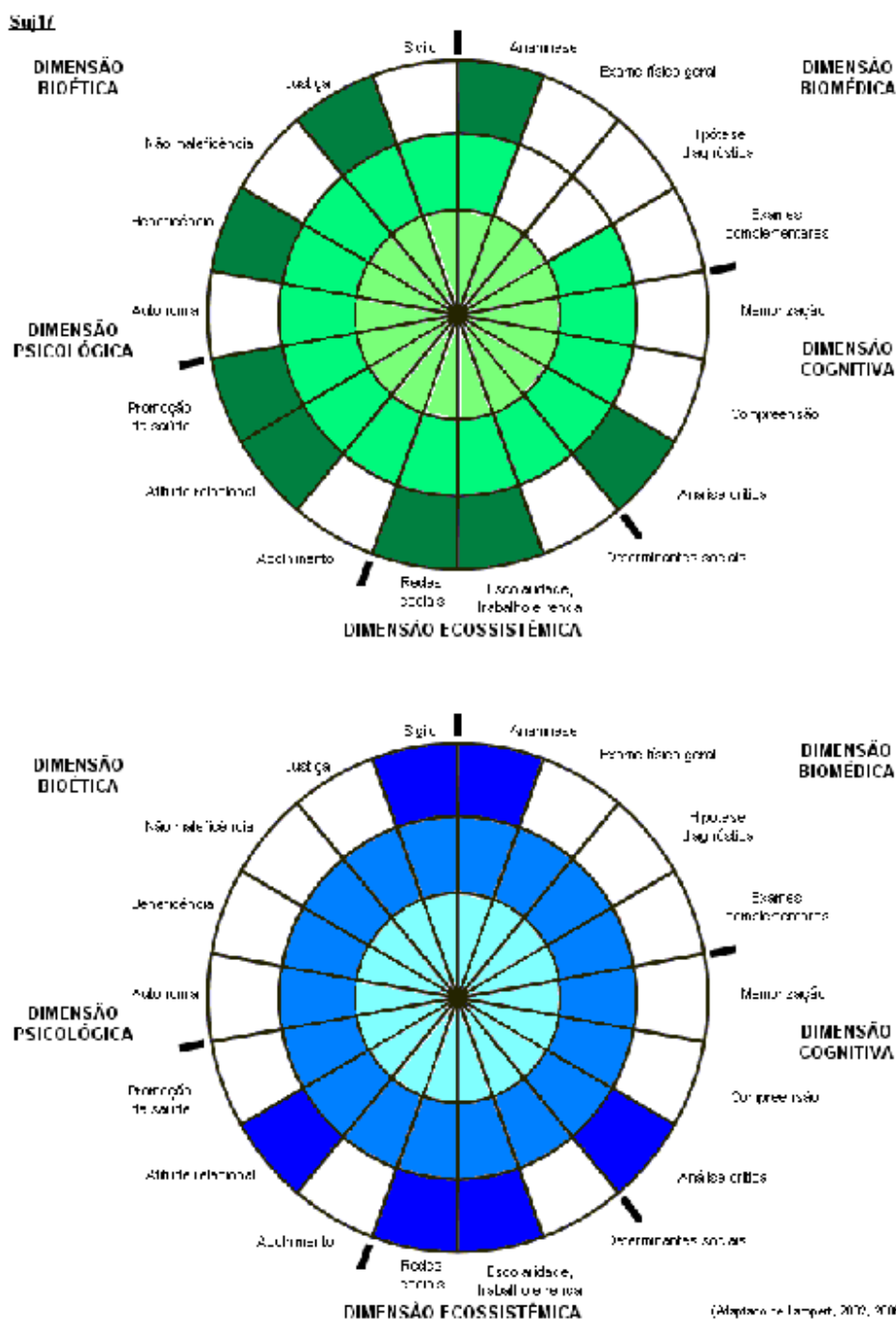
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 15 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



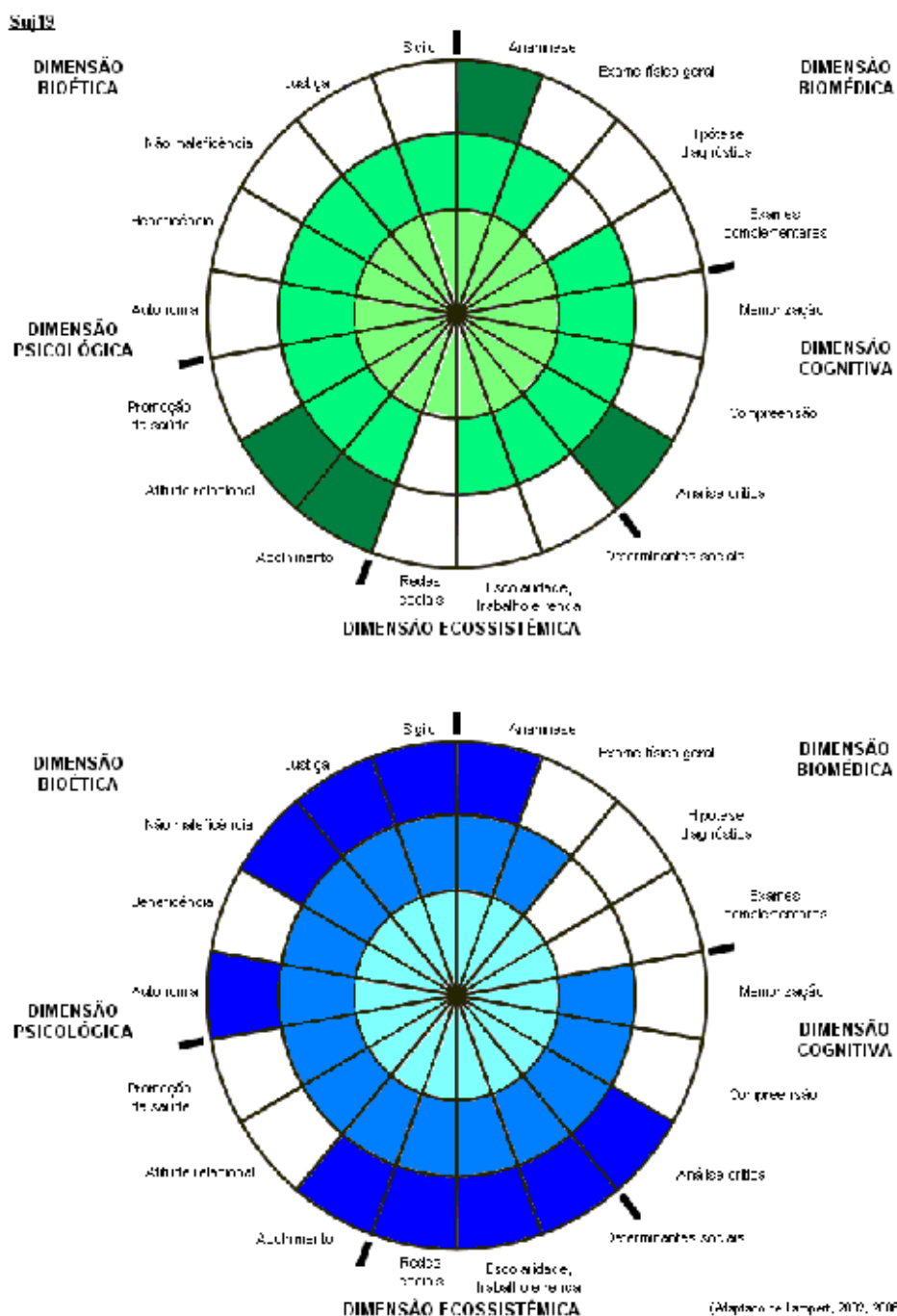
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 16 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



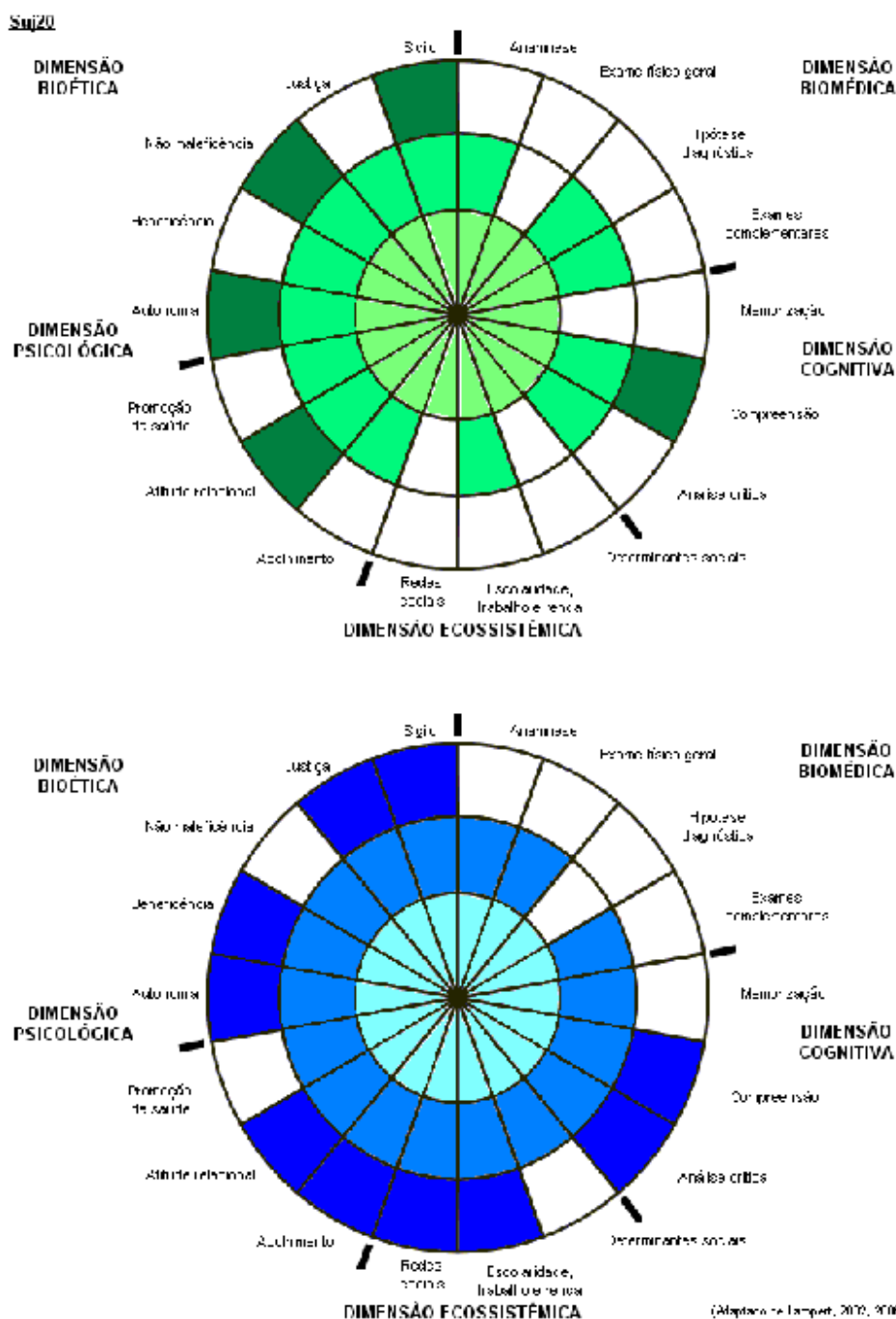
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 17 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



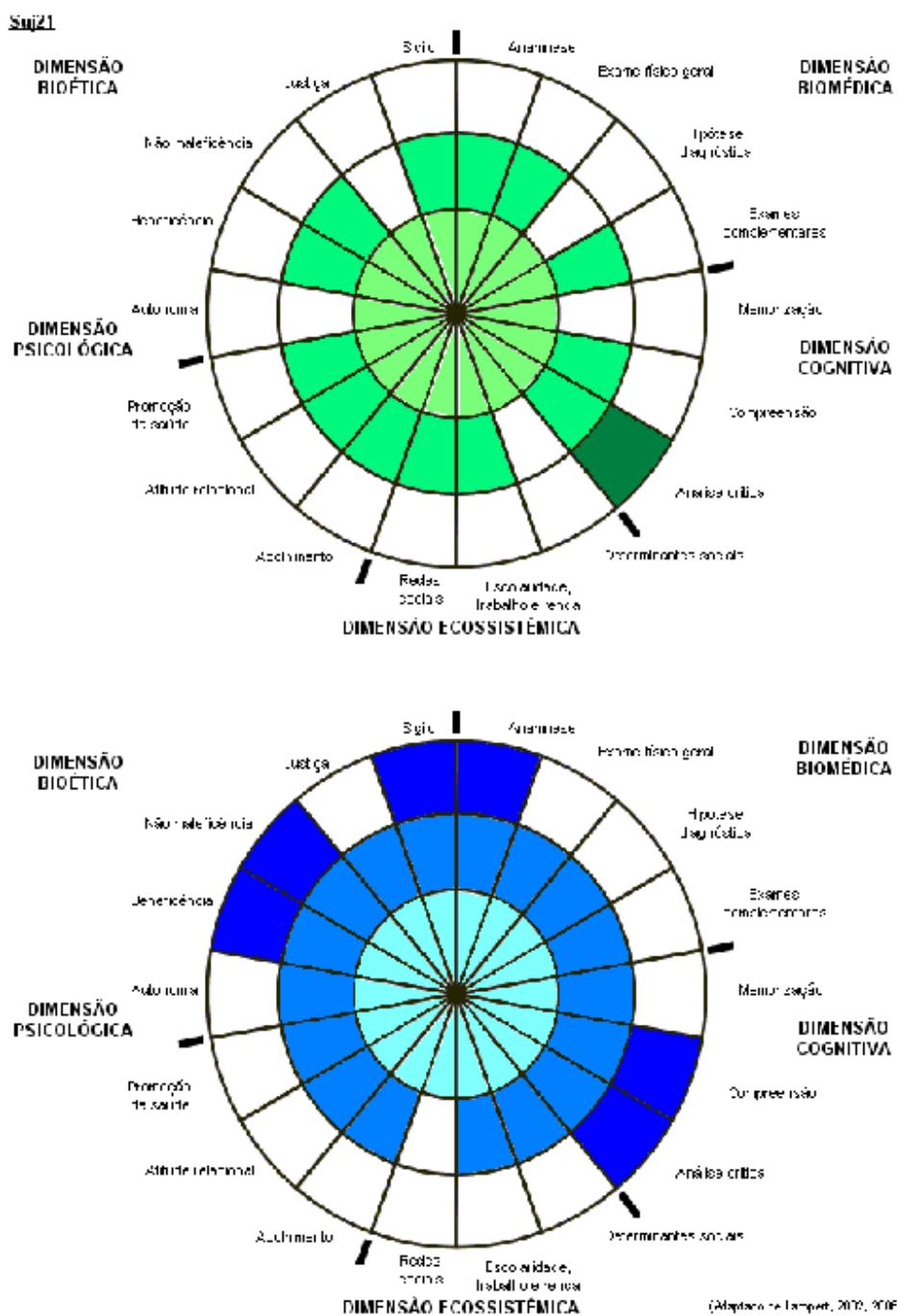
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 19 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



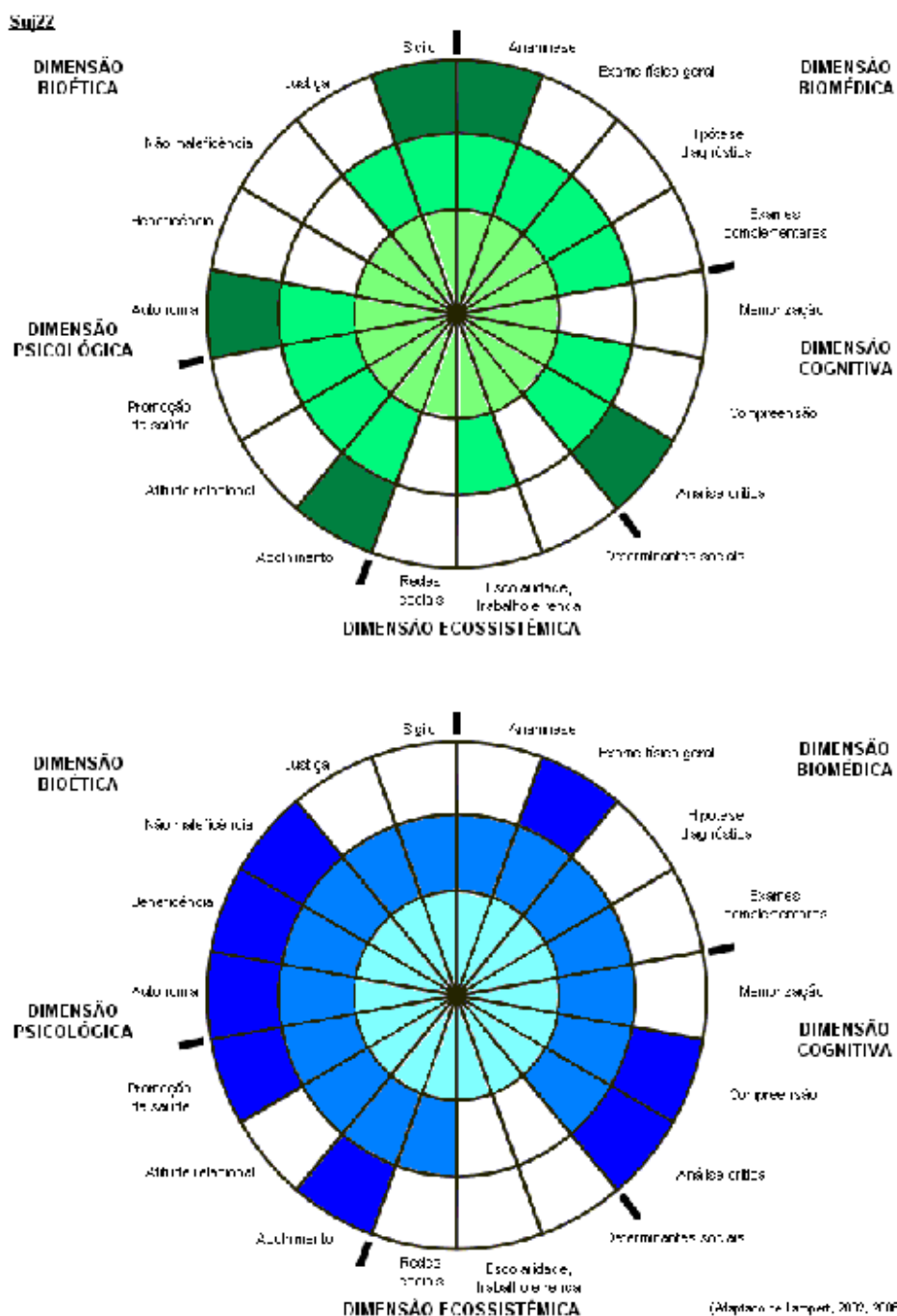
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 20 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



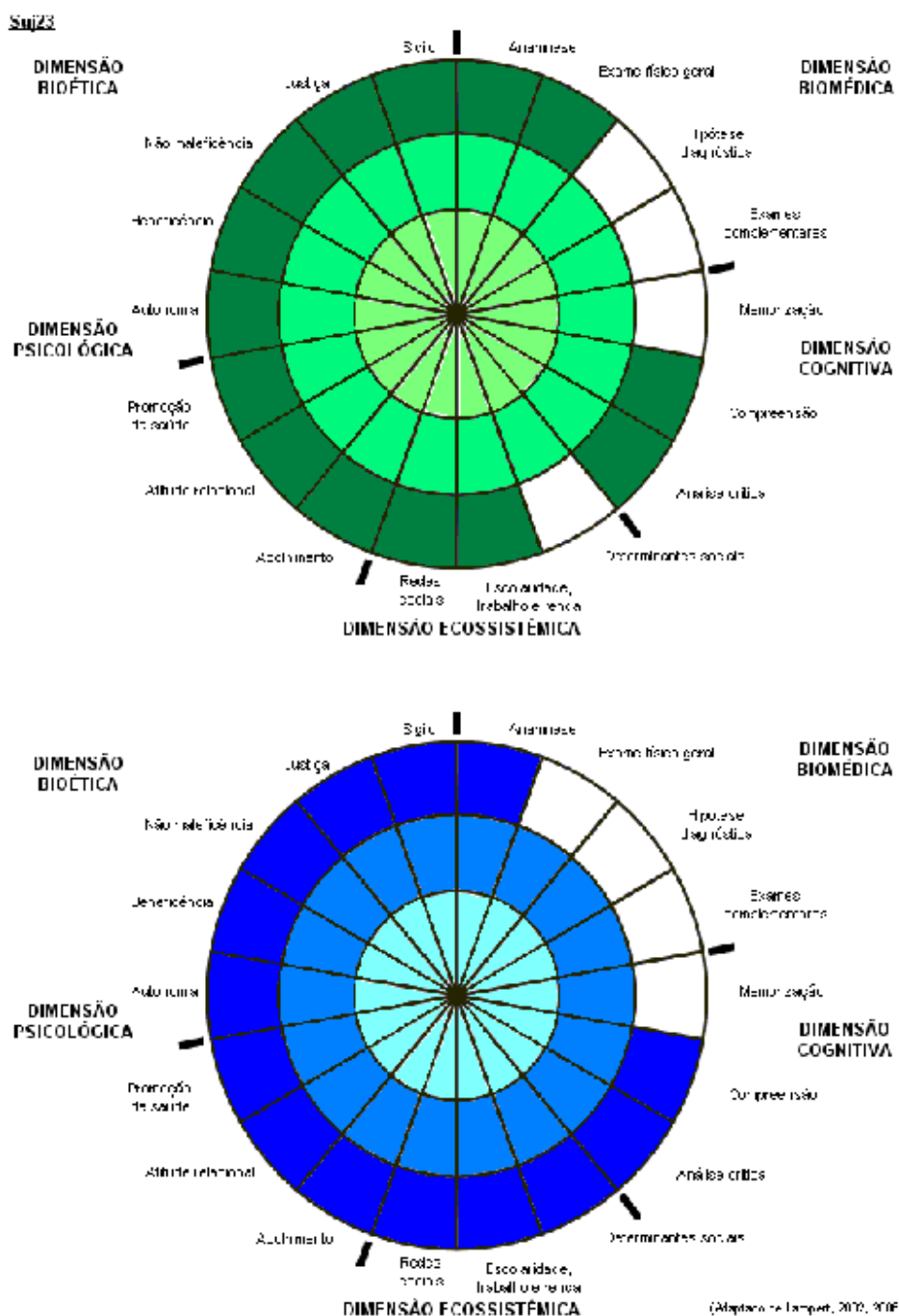
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 21 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



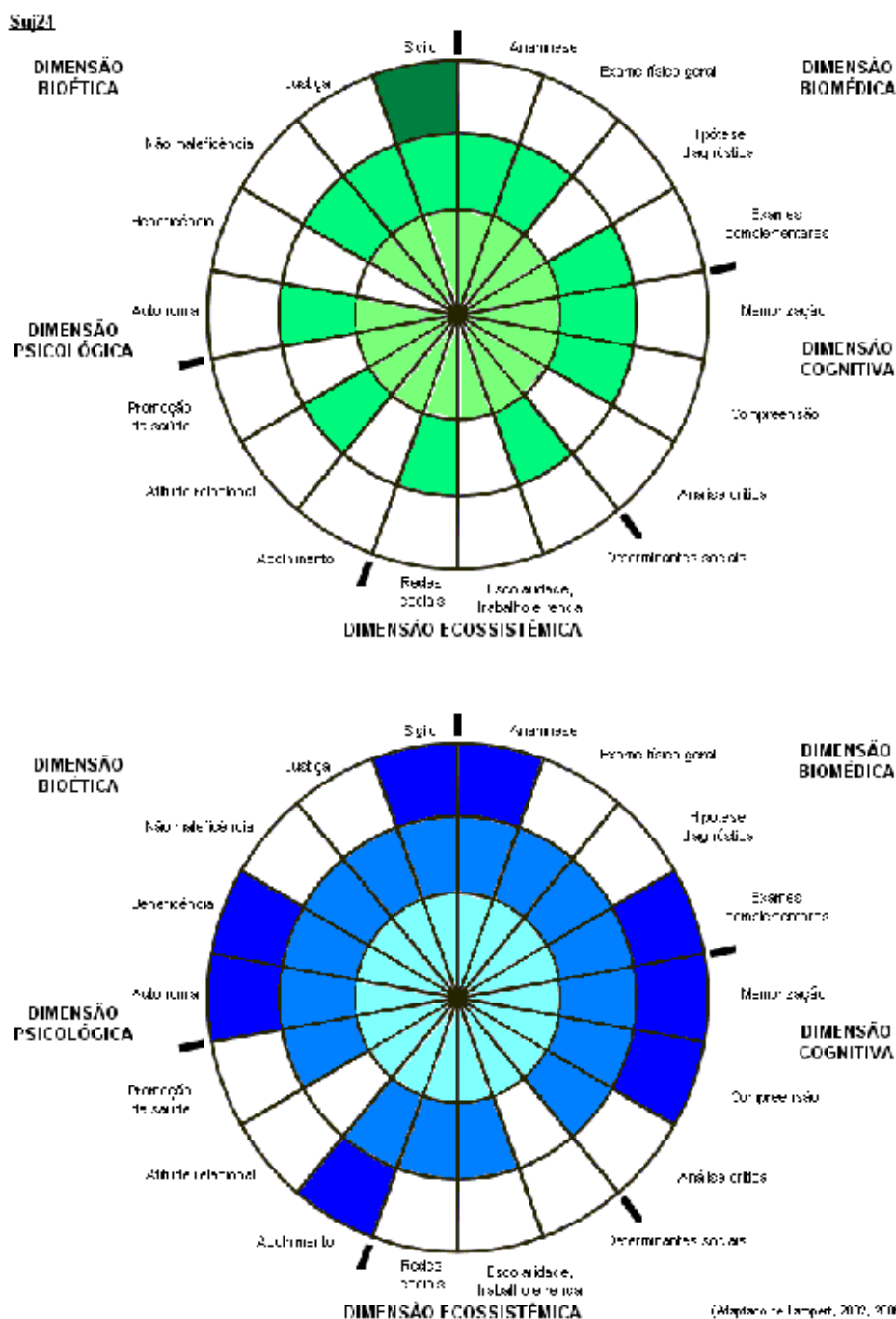
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 22 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



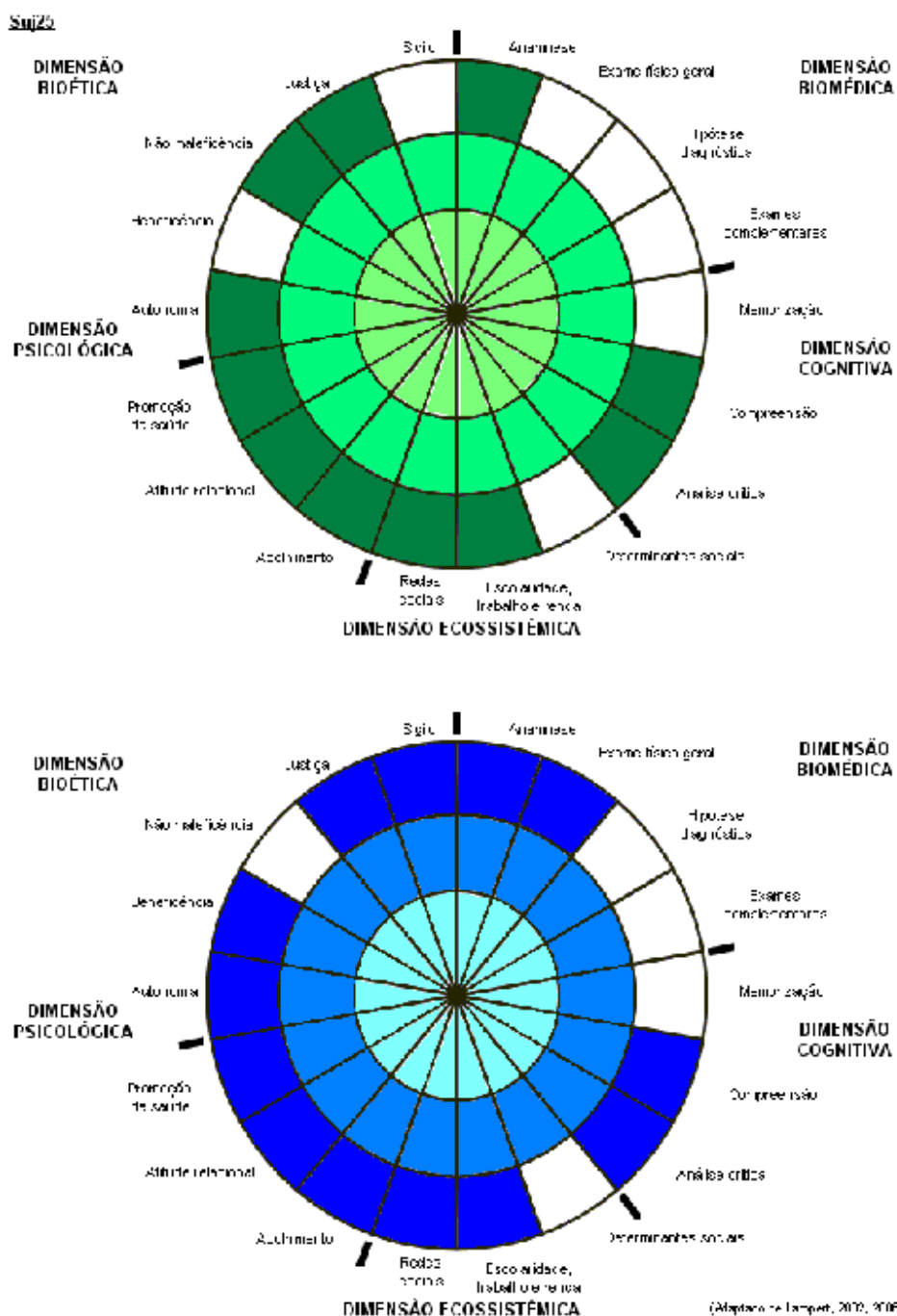
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 23 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



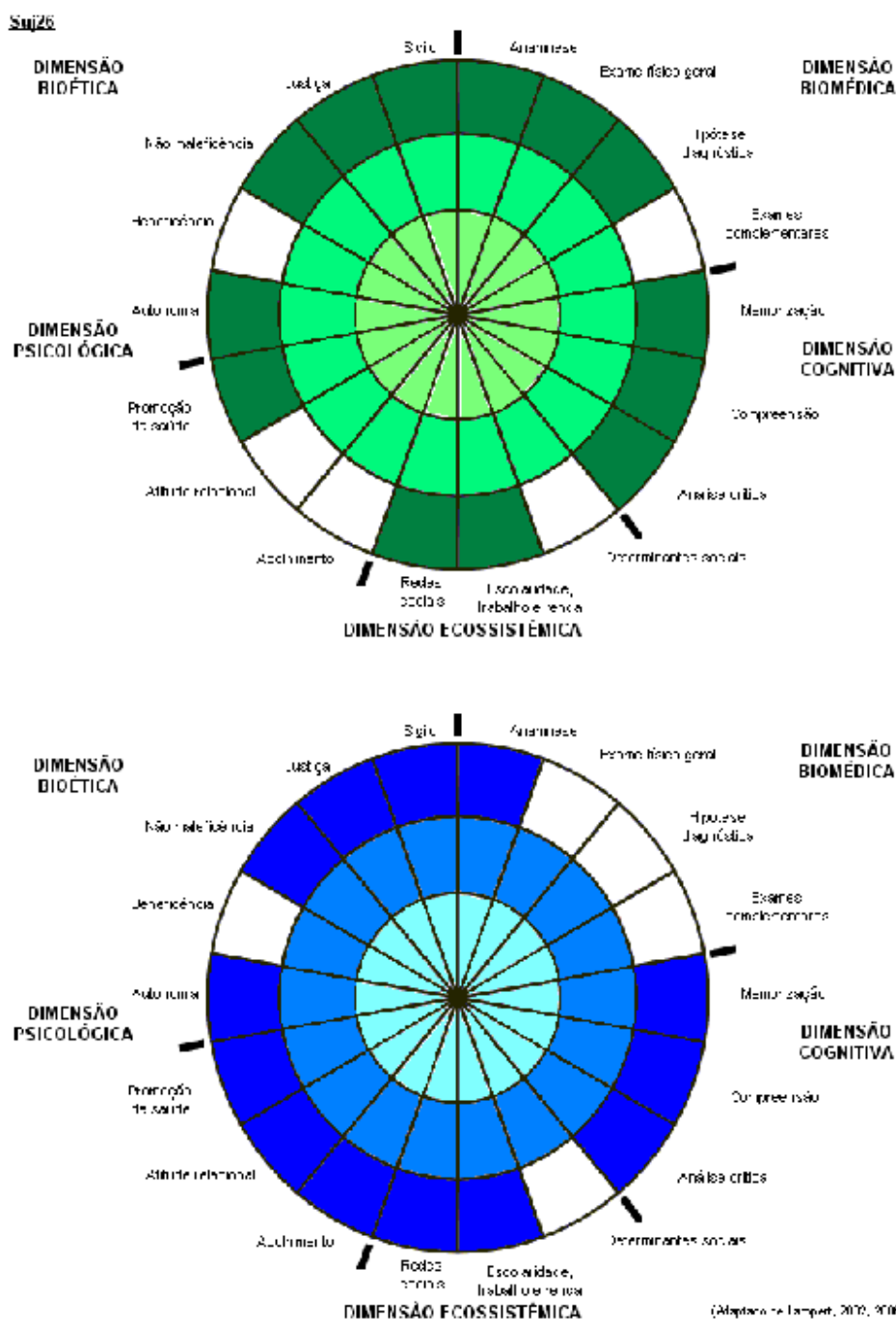
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 24 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



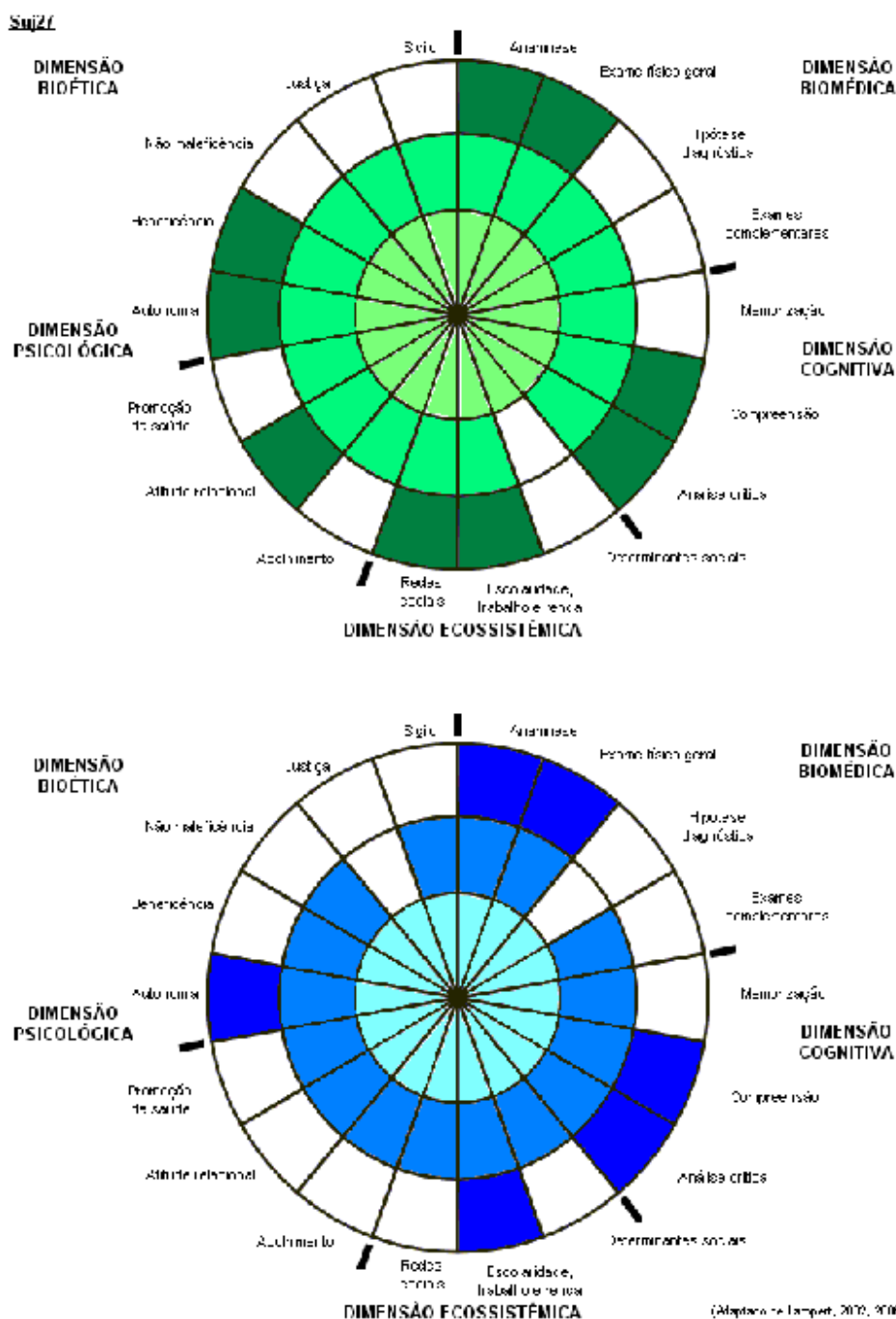
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 25 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



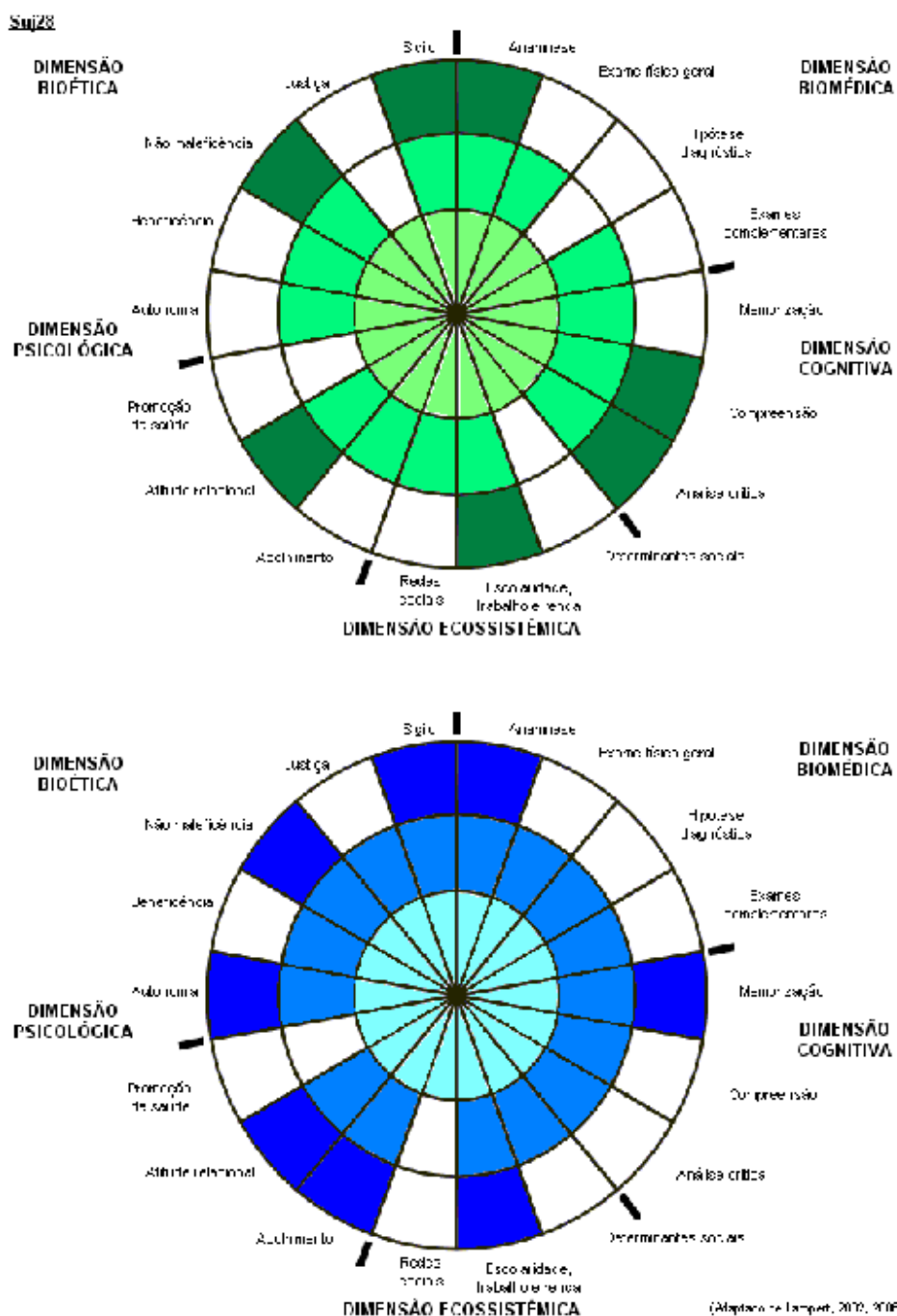
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 26 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



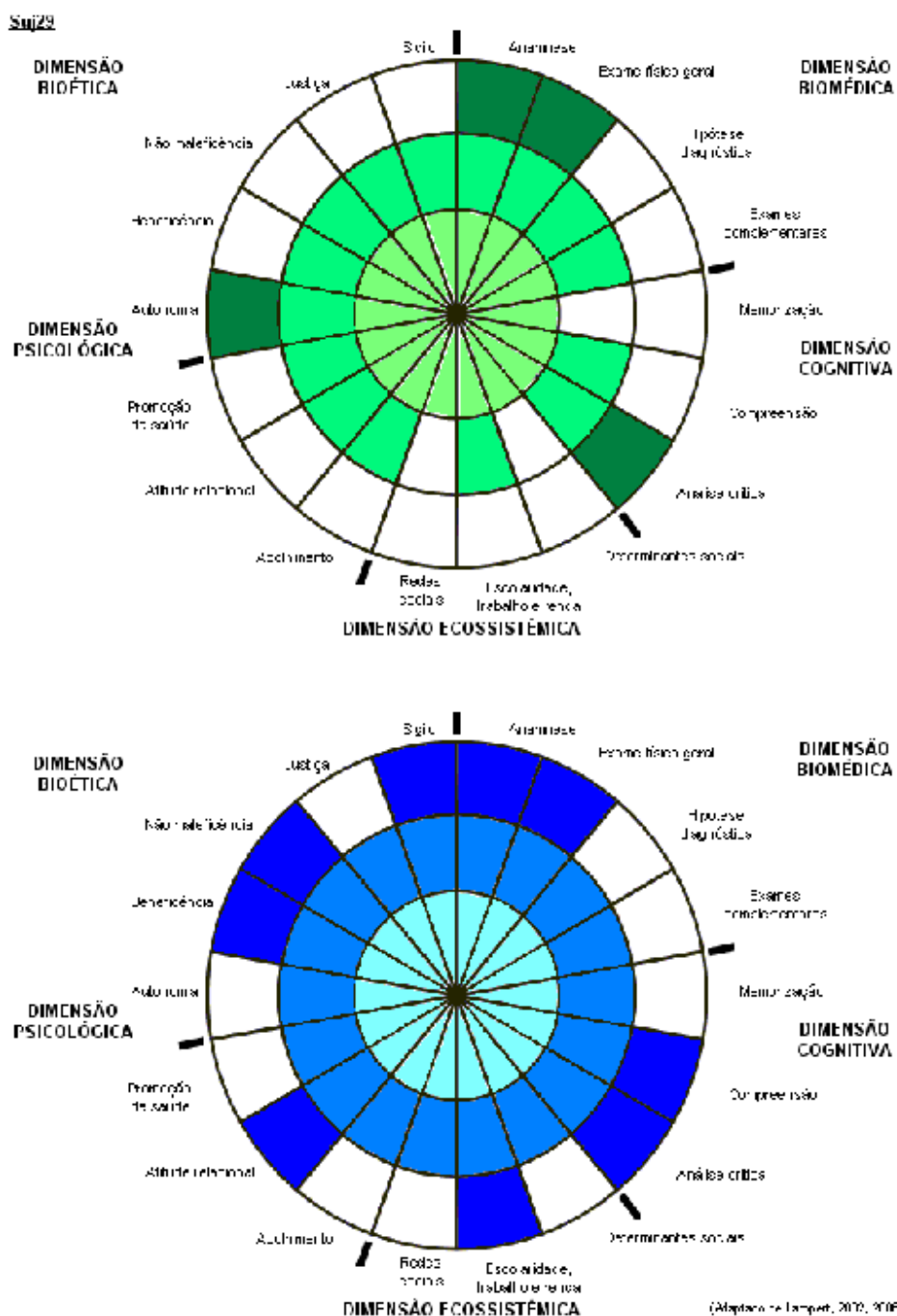
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 27 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



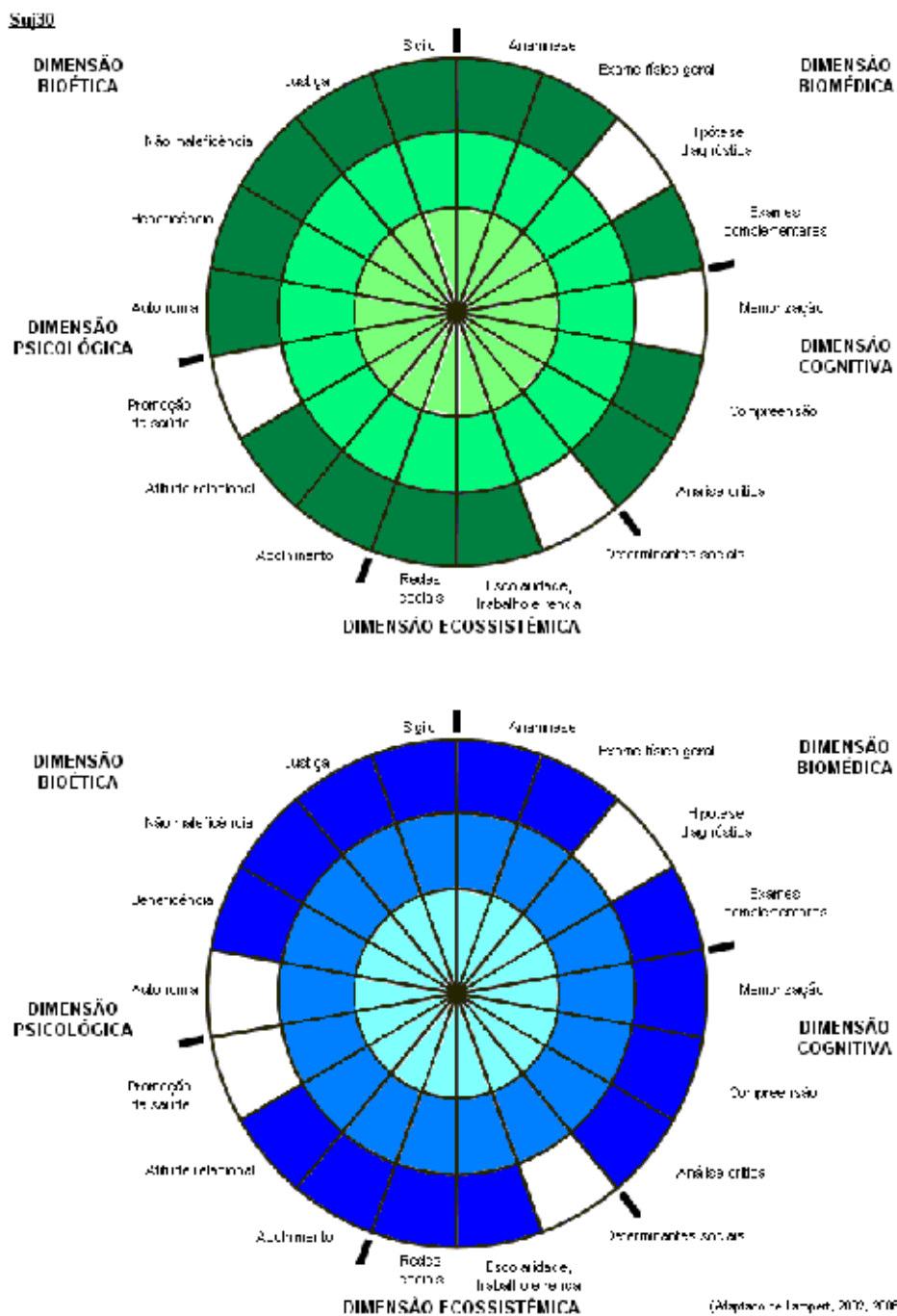
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 28 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



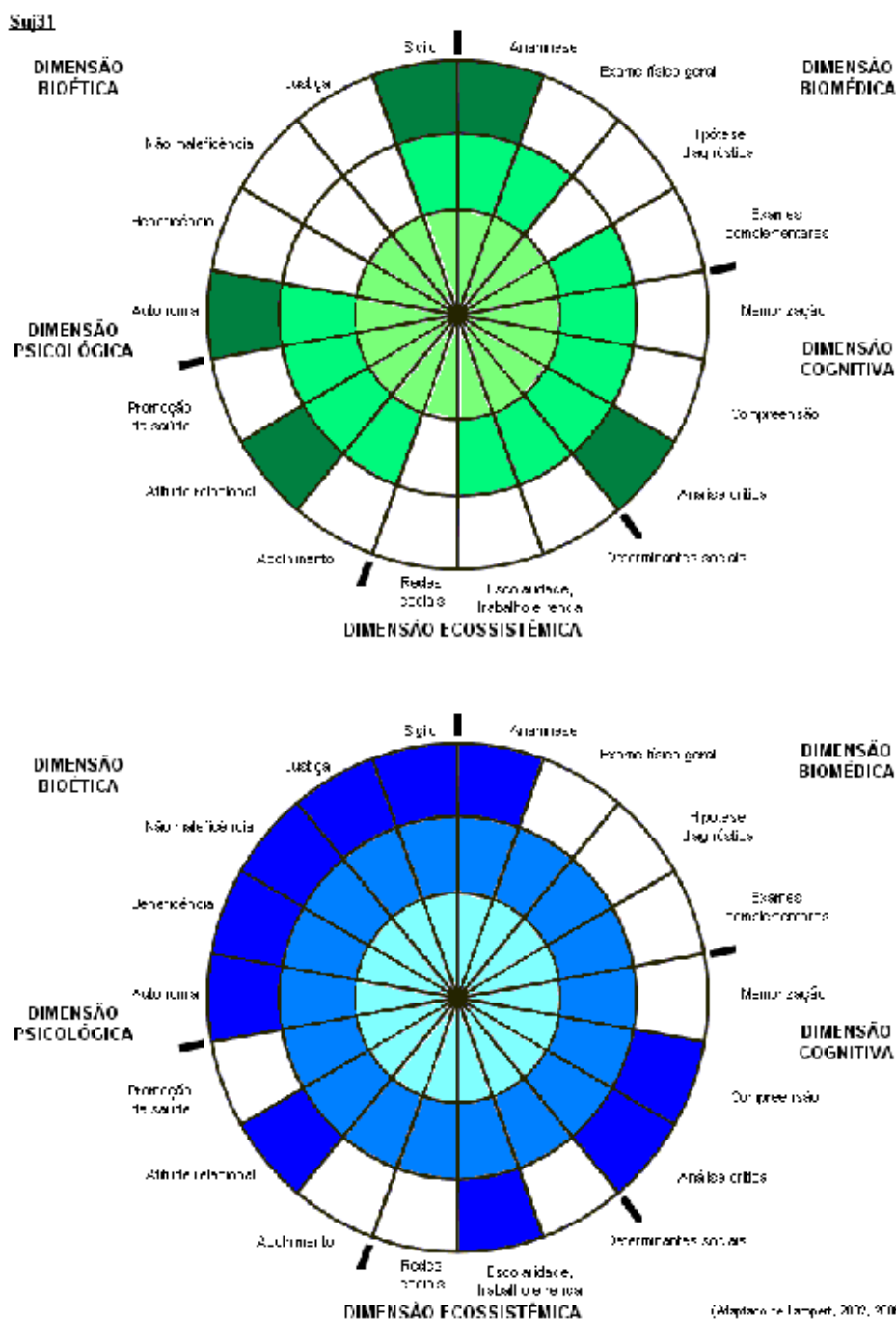
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 29 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



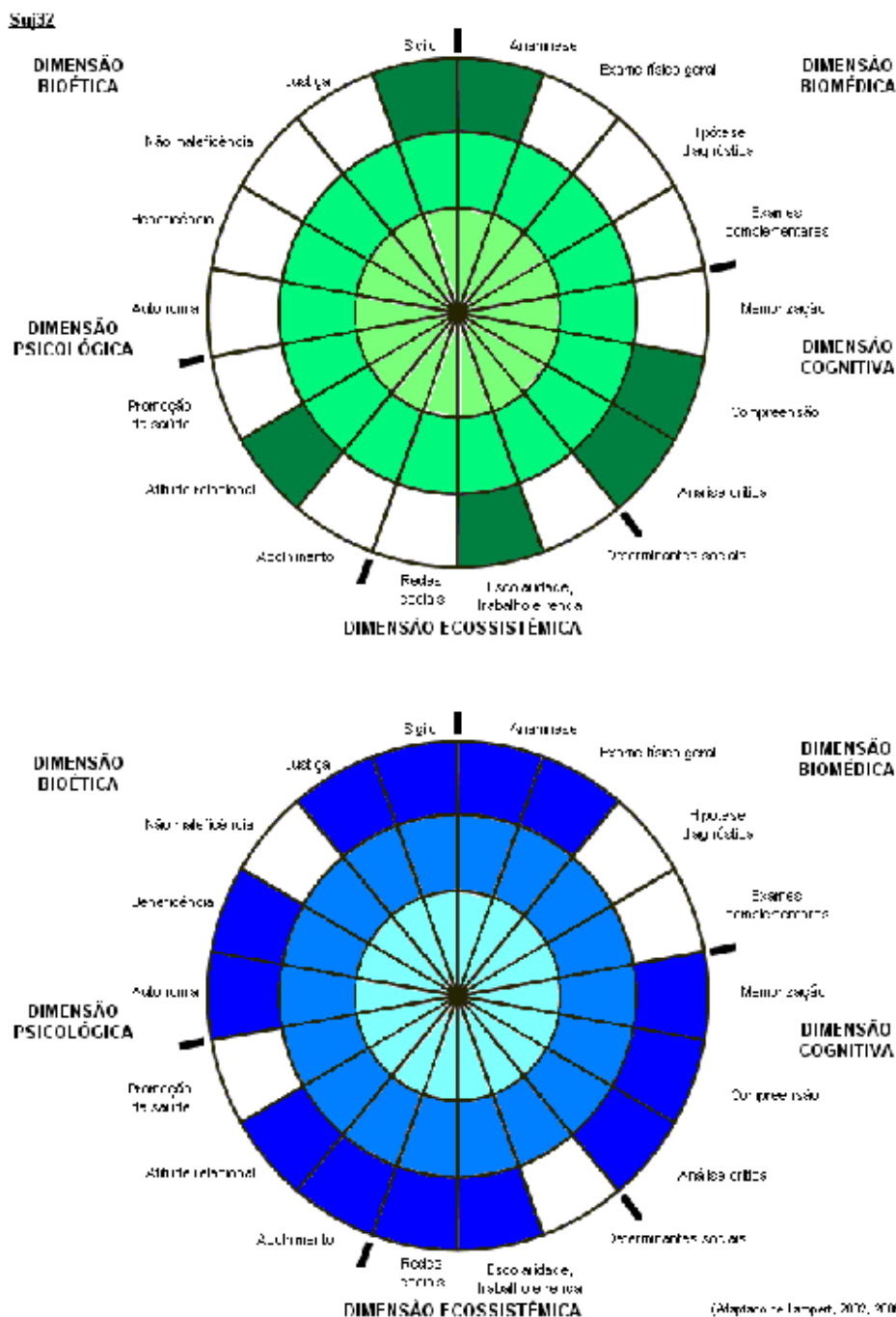
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 30 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



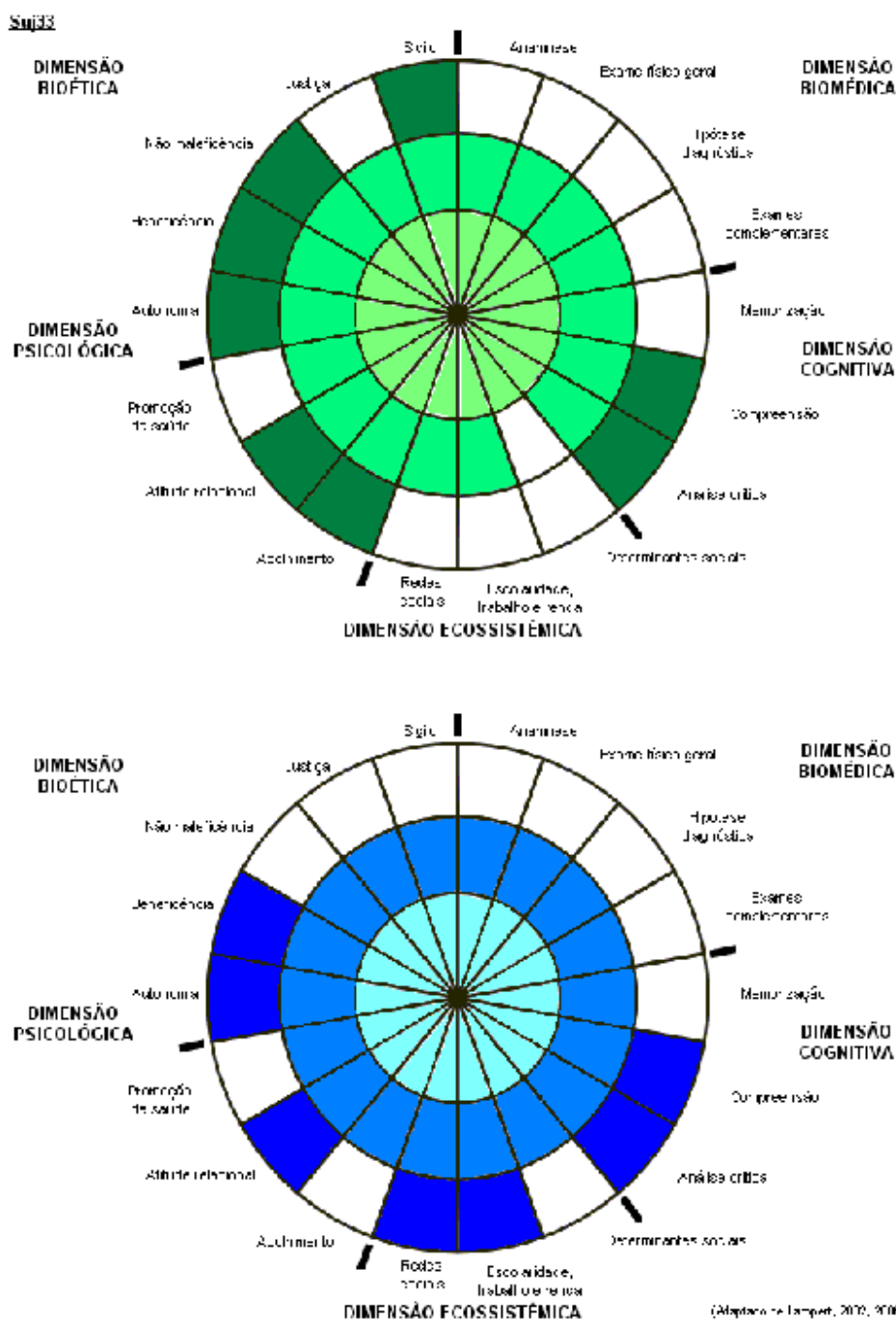
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 31 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



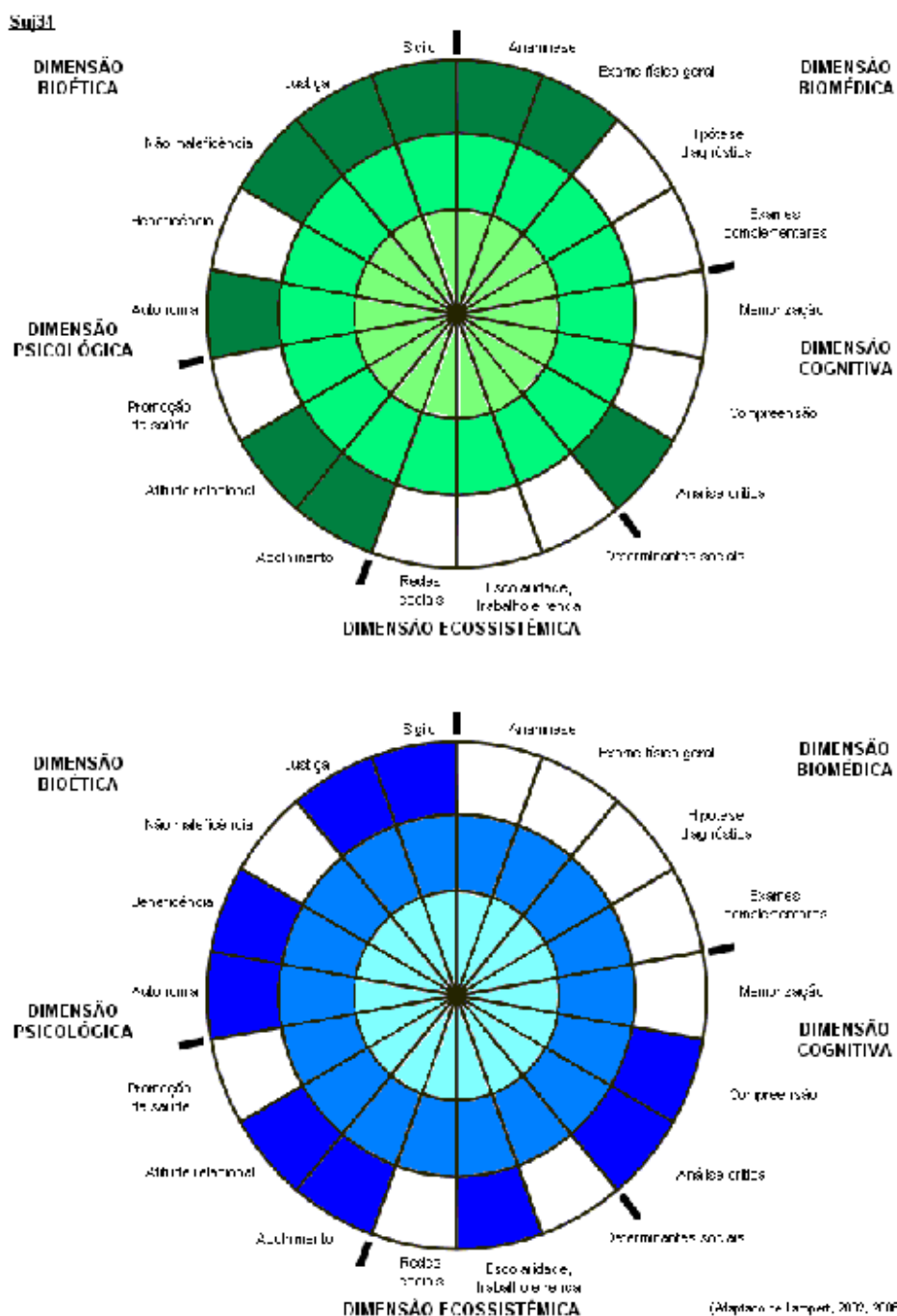
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 32 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



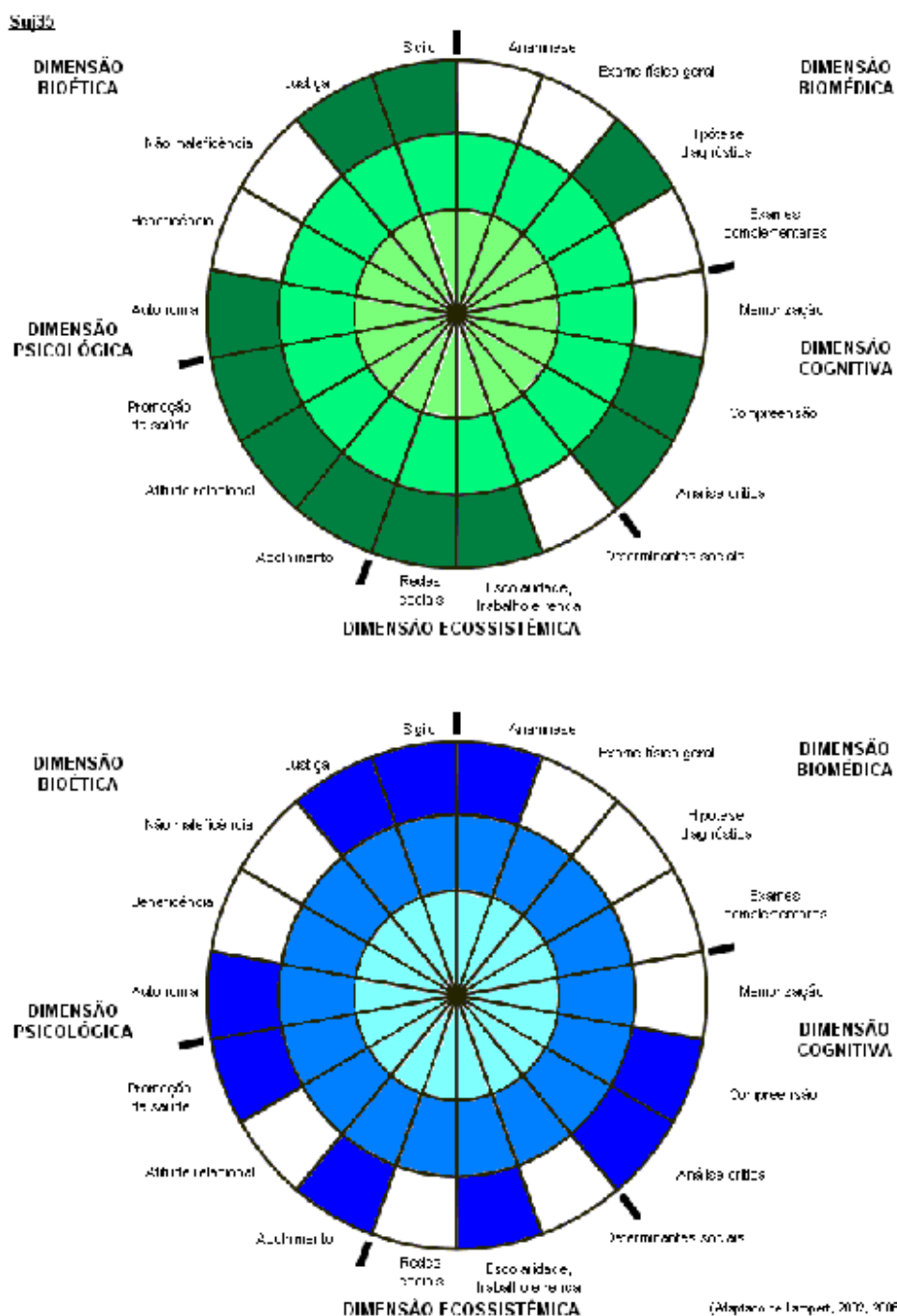
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 33 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



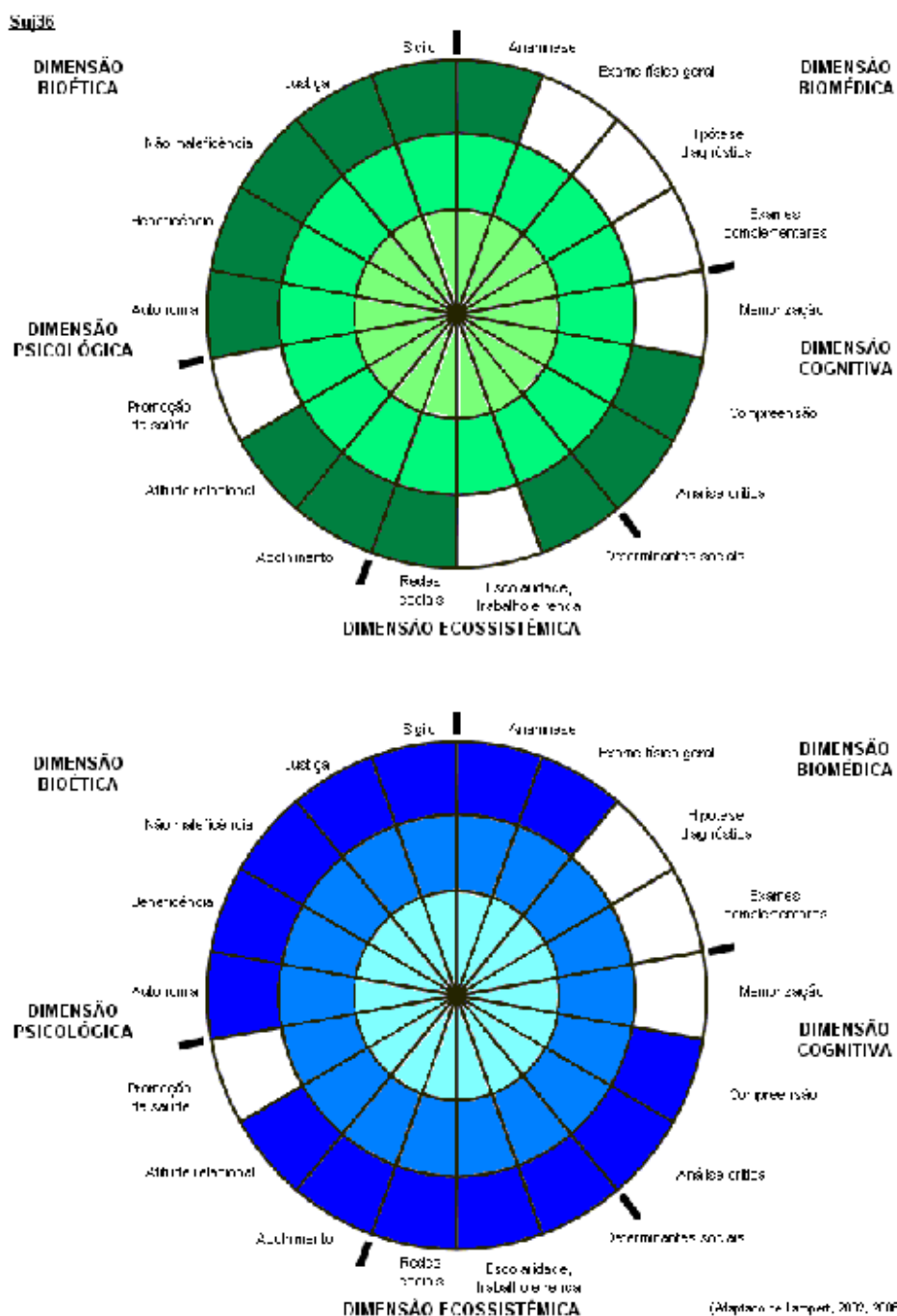
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 34 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



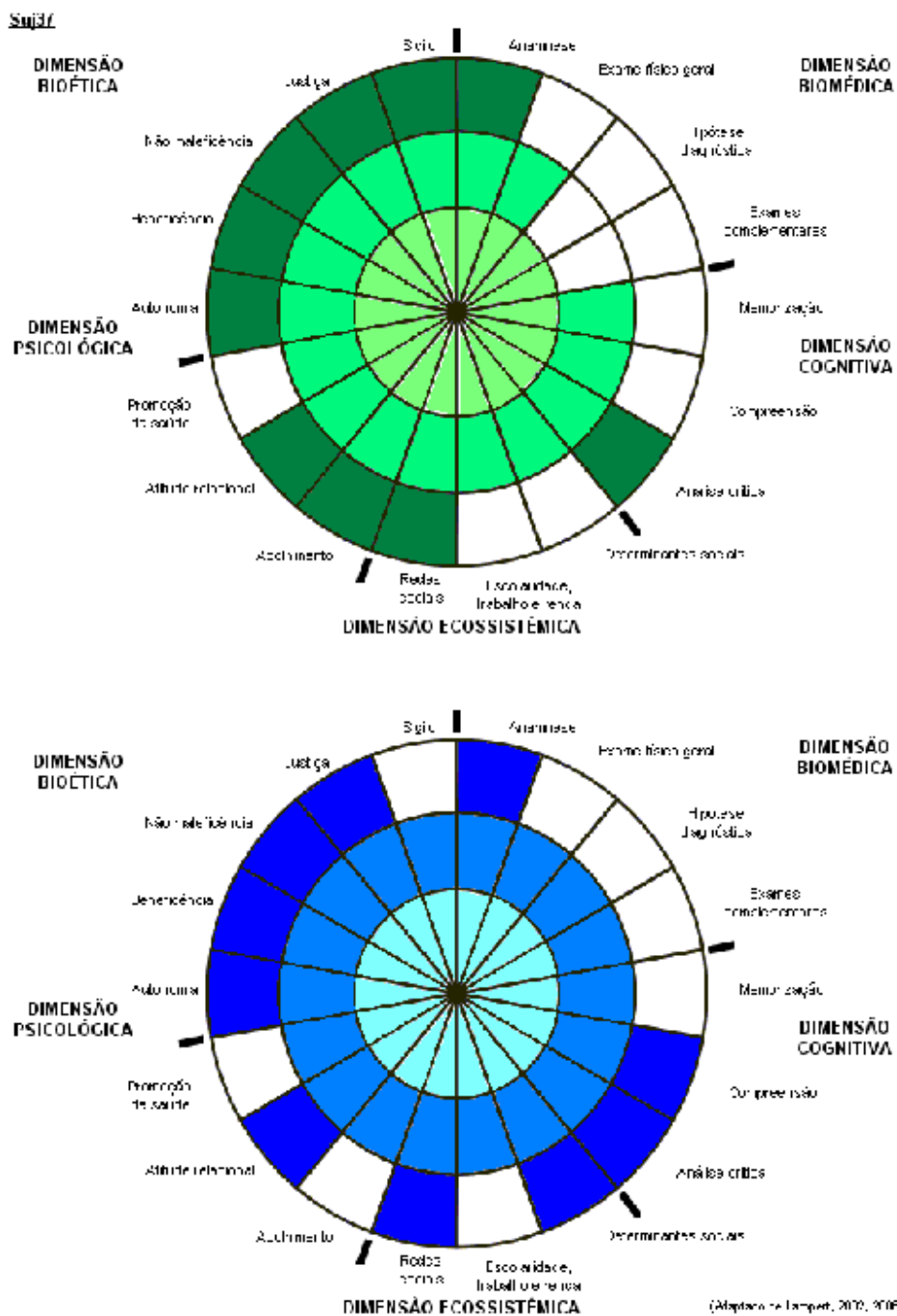
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 35 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



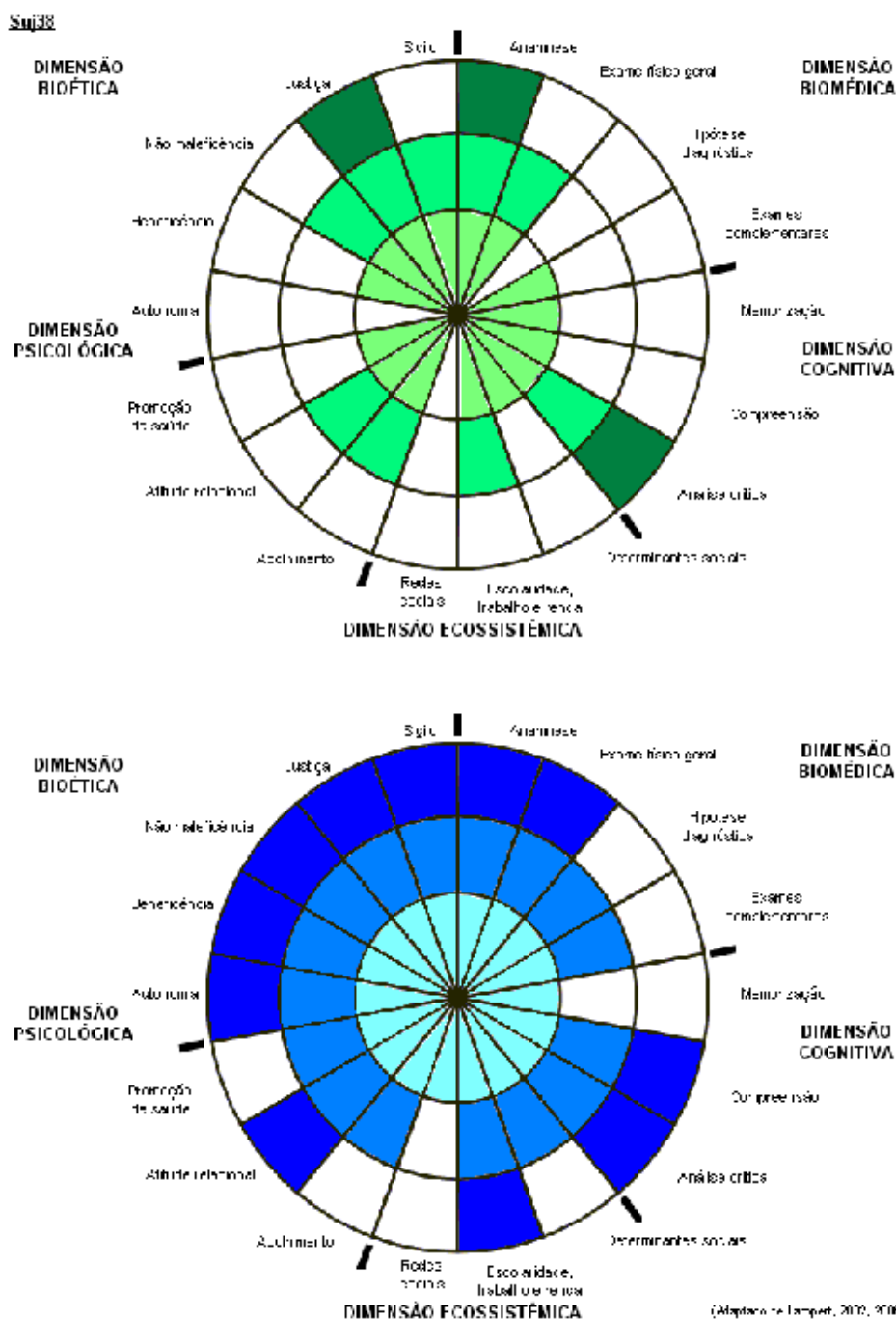
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 36 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1^a etapa); azul (2^a etapa).



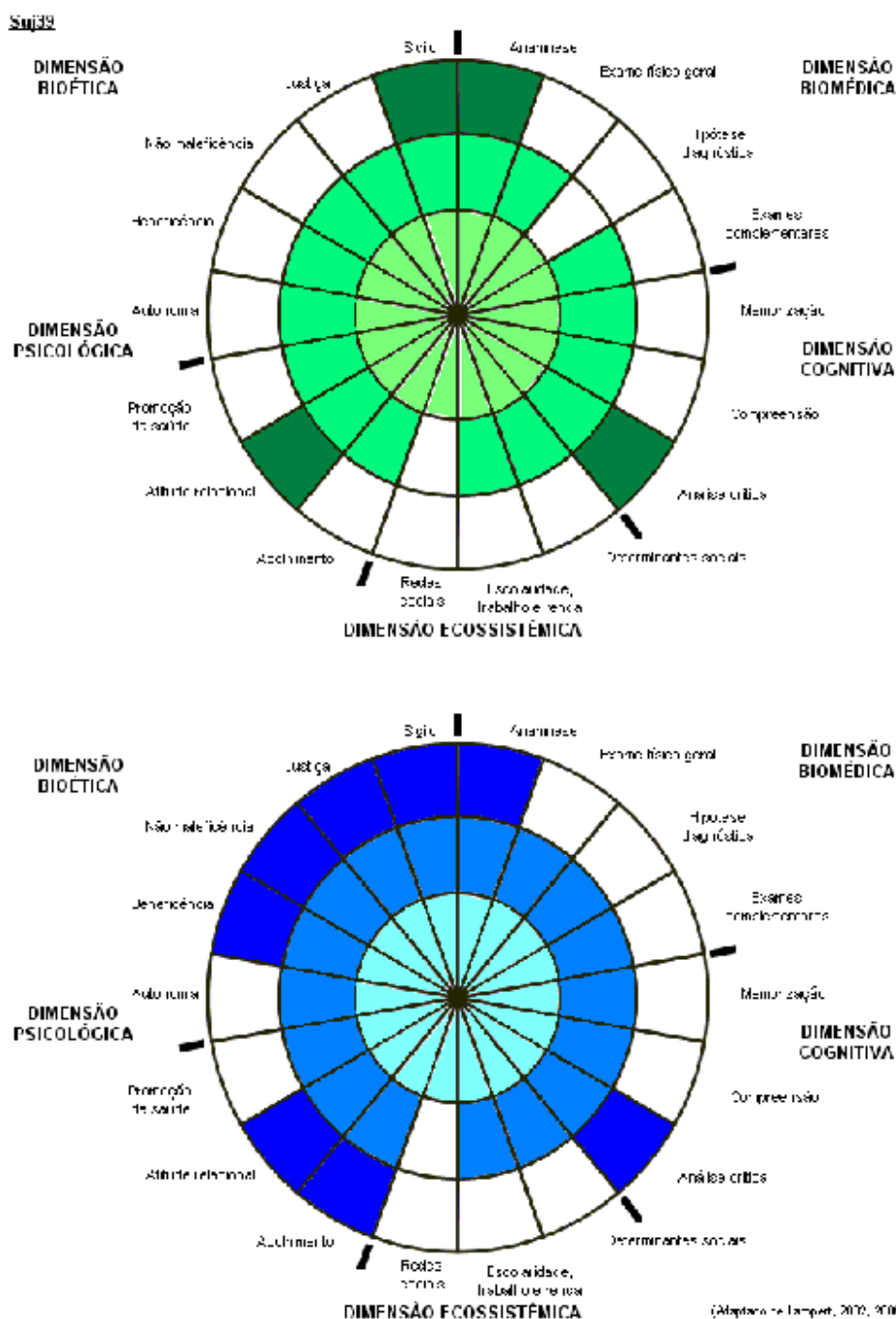
Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 37 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 38 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).



Legenda: em cada faceta, o ponto central significa “sem nenhuma interferência”. Quanto maior a área ou o raio da circunferência (mais próxima da borda externa), melhor a *performance* do profissional da saúde.

Figura 39 - Instrumento de Autopercepção do Encontro Clínico no Modelo Biopsicossocial: verde (1ª etapa); azul (2ª etapa).