

# *Identidade Profissional e as Humanidades na Famed/UFU*

## *Professional Identity and the Humanities at the FAMED/UFU*

Alfredo Demétrio Jorge Neto<sup>1</sup>

### **PALAVRAS-CHAVE:**

- Personalidade;
- Humanidades;
- Currículo.

### **KEYWORDS:**

- Personality;
- Humanities;
- Curriculum.

### **RESUMO**

*Este ensaio aborda a identidade no âmbito da educação, em particular a identidade profissional do médico e suas relações com o curso de formação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Identidade é um conjunto de representações, como nome, formação, naturalidade, estado civil e profissão, que os indivíduos possuem e que permite reconhecimento. O papel social insere os sujeitos no mundo da cultura, nos padrões de conduta, valores e deveres. É também o que possibilita aos indivíduos serem reconhecidos e aceitos por seu grupo. Contextualizado historicamente, o modelo atual de formação médica influencia a identidade profissional dos médicos. São abordadas questões referentes a atividades sensoriais, reflexivas e formativas da Famed/UFU. Teremos, ao final, muito mais questões para serem respondidas e provavelmente muito mais perguntas a serem feitas. A melhor identidade profissional certamente será coerente com a melhor formação.*

### **ABSTRACT**

*This essay investigates identity in education, particularly the professional identity of the physician and how it relates to the undergraduate medicine course at the Federal University of Uberlândia (UFU). Identity is a set of representations such as name, education, nationality, marital status and occupation that individuals bear and allow to be recognized. Individuals are inserted into the world of culture, standards of conduct, values and duties by their social role. This is also what enables individuals to be recognized and accepted by their group. Historically speaking, the current model of medical education has influenced the professional identity of doctors. Questions concerning sensory, reflective and educational activities at UFU Medicine School (FAMED/UFU) are addressed in the paper. In conclusion, there are many more questions to be answered and probably many more questions to be asked. The best professional identity is sure to be consistent with the best training.*

Recebido em: 04/06/2012

Reencaminhado em: 20/03/2013

Aprovado em: 23/04/2013

## INTRODUÇÃO

Quem é você? Ao responder a esta pergunta, acessamos um conjunto de representações que compõem o que denominamos identidade. Esta tem dimensões que a fundamentam e impregnam de significado, tais como nome, formação, naturalidade, estado civil e profissão. Trata-se da síntese de um conjunto de características biológicas, sociais e psicológicas próprias a cada indivíduo ou grupo e que permite reconhecimento.

## A IDENTIDADE PROFISSIONAL DO MÉDICO

Zimmerman<sup>1</sup> define identidade como a propriedade que temos de, independentemente das pressões, nos manter os mesmos. Identidade seria, portanto, a expressão do que de fato o indivíduo é nas diversas situações. É a representação de si mesmo. Esse autor afirma que o médico tem em sua identidade profissional o esquema referencial, entendido como o conjunto de conhecimentos, afetos e experiências com o qual se pensa, se age e se comunica.

O papel profissional impregna a vida pessoal e se confunde com ela, há um apagamento da distinção entre o que o sujeito é e o seu trabalho.

Bustos<sup>2</sup> desenvolveu o conceito de papel gerador de identidade, caracterizado como aquele que, dentro de um repertório de papéis de um adulto, predomina como um indicador do indivíduo. Afirma que todas as pessoas têm um papel central e predominante que impregna os demais e auxilia a cimentar a identidade, construindo autoconfiança, especialmente se tal papel for passível de mudanças em diferentes momentos da vida. Constitui um eixo predominante que funciona como defensivo nas situações de conflito e possui função ordenadora.

Para Moreno<sup>3</sup>, por meio dos papéis sociais, o indivíduo vai incorporando ou é inserido no mundo da realidade, da cultura, dos padrões de conduta, valores, deveres. É o mundo cultural instituído, conservado.

O modo de ser de uma pessoa decorre dos papéis que ela vai complementando, ao longo de sua existência, com as respostas obtidas na interação social, por outros papéis que complementam os seus.

Morfologicamente, a noção de papel aparece vinculada a um contrapapel, existindo entre ambos uma relação estrutural e de interdeterminação recíproca (por exemplo: médico/paciente, professor/aluno).

O papel de médico, socialmente determinado, tem como função autenticar a doença e viabilizar a cura, o que lhe confere poder sobre o caráter normativo da saúde.

A sociedade contemporânea exige destes profissionais características como competência técnica, indiscriminação social e étnica, mentalidade afetiva e uma atitude altruísta e desin-

teressada. A competência técnica nem sempre é a qualidade médica mais valorizada pelos pacientes.

Desta forma, a identidade é o que possibilita ao indivíduo sentir que existe enquanto pessoa, em seus papéis e funções, sentir-se aceito e reconhecido pelo outro, seu grupo ou cultura<sup>4</sup>. Não é possível estudar a identidade dos indivíduos sem levar em consideração o contexto social em que se encontram.

Consideramos aqui a identidade pessoal com os atributos específicos do indivíduo, que se apresentam como a "articulação de vários personagens, constituindo, e constituídos por uma história pessoal"<sup>5</sup>; e a identidade social com atributos que assinalam o pertencimento a grupos ou categorias; é neste caso que entra a identidade profissional<sup>6</sup>.

A identidade social é a forma de ligação entre características individuais e a estrutura e processos sociais de grupo aos quais os indivíduos pertencem. Alguns pressupostos básicos da identidade social<sup>7</sup> são: (a) ela é socialmente construída, mas não é imutável; (b) implica uma relação entre indivíduo e grupo; (c) a identificação grupal não implica somente semelhanças, mas também diferenças entre os membros; (d) indivíduos tendem a ter múltiplos grupos de identidades, mas a importância dada ao grupo de identidade depende do grau de envolvimento com determinado grupo; (e) a identidade social e suas manifestações refletem a estrutura social e cultural da qual elas fazem parte.

Em outras palavras, o conceito de identidade, em uma perspectiva cultural, não assinala a estabilidade do "eu", ou do sujeito que do início ao fim da vida não passa por mudanças, ou de um "eu" coletivo capaz de ser imutável. Desta forma, as identidades são plurais, fragmentadas e fraturadas; não são singulares, mas multiplamente construídas ao longo de discursos, práticas e posições, e constantemente mudam e se transformam<sup>8</sup>.

A identidade, articulando-se no plano subjetivo com valores e atitudes, constitui, na esfera social, ideologias, utopias, sistemas morais, teorias científicas, entre outros sistemas de proposições. A identidade coletiva se apresenta como algo enraizado nas condições formais e pressuposições sócio-históricas, sob as quais é produzida e intercambiada<sup>9</sup>. Este tema tem sido estudado em diversas áreas. Na saúde, é necessário fazer uma avaliação sócio-histórica sobre como esta identidade foi formada ao longo dos anos e como a cultura influenciou sua formação.

Ciampa<sup>9</sup> afirma: "A identidade concretiza uma política, dá corpo a uma ideologia". Sendo assim, a formação de identidades é dada pelo reconhecimento mútuo de atores identificados por meio de determinado grupo social que existe objetivamente, com uma história, suas tradições, normas, interesses, mais especificamente por ideologias próprias e crenças<sup>4</sup>.

O domínio da profissão médica representa uma interessante combinação entre conhecimento e poder, relativos a um consumo não informado de serviços médicos por um paciente passivo. A profissão médica tem se tornado a guardiã moral da sociedade contemporânea, por ter o domínio legítimo das categorias da normalidade e do desvio<sup>10,11</sup>.

A idealização profissional do médico, reconhecida como grande prestígio entre as profissões e expectativa de sucesso econômico, tem se contraposto a uma realidade de trabalho precário e distorcido e a políticas de saúde que não têm considerado as condições para o exercício adequado da profissão.

Apenas conhecimentos não serão jamais suficientes para atribuir a algum profissional competência clínica e, em consequência, desempenho médico satisfatório. Armado apenas com elementos cognitivos, o médico correrá o risco de ser um mero executor de técnicas e receitador de medicamentos. Nessas condições, ele estará correndo outro risco: o de sacrificar sua condição de pessoa, dotada de racionalidade, liberdade e responsabilidade.

A visão idealizada do estudante se estenderá para a faculdade de Medicina e resultará, na maioria das vezes, em frustração, perceptível em falas como: “a didática dos professores da faculdade é muito ruim”, “bom mesmo era no cursinho: aulas organizadas e apostiladas, que eram um verdadeiro *show*”.

O estudante de Medicina tem dois anos para se adaptar; no terceiro ano, entra no hospital, no ciclo clínico, e novas expectativas surgirão, sendo este um dos momentos mais críticos do curso, quando o estudante se aproxima da prática e teme não conseguir realizá-la. Nesse momento, o terceiranista apenas examina quem já foi examinado, faz a anamnese de quem já tem diagnóstico, já está internado e em tratamento. Acompanha o seu trabalho o sentimento de não servir ao paciente. Até então, nada lhe ensinaram sobre o sentir, o ser da pessoa doente. A solução destas fases iniciais, pautada pela subjetividade, dará início à formação da identidade profissional desses futuros médicos.

Esta demanda tem estimulado diversas faculdades de Medicina a criar programas de apoio psicopedagógico, psicossocial, psicológico e psiquiátrico para seus estudantes. Foi o que ocorreu na Faculdade de Medicina (Famed) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), com a criação do Centro de Atenção Educacional e Psíquica (Caep), com o objetivo de atender à demanda de seus alunos<sup>12-16</sup>.

A natureza destes serviços compreende o atendimento aos estudantes de Medicina que apresentam dificuldades relacionadas à formação, constatadas na vivência entre alunos e professores e também em estudos sistemáticos<sup>17</sup>.

Mudanças de comportamento na prática da medicina apontam a necessidade de aprender em cenários diversificados, para tentar reproduzir o mundo real no ensino e, desta forma, alargar os horizontes profissionais dos estudantes<sup>18</sup>.

A socialização profissional de uma categoria profissional quanto aos modos de pensar e atuar, individual ou coletivamente, se completa e consolida na prática<sup>19</sup>. As formas de relação social (hegemonia, processo decisório, conflito, controle do saber) e as práticas técnicas (divisão do trabalho, circuitos operativos, saber fazer) têm sido construídas historicamente e têm funcionado como matriz para o aprendizado nos locais de trabalho, com importância maior que os conteúdos aprendidos no processo escolar formal.

Só se pode apreender e interferir no processo de formação da identidade profissional analisando a correlação de forças atuantes no processo de socialização dentro da instituição. Para Violante, “o ensino médico que não reflete sobre o ser humano que há no médico participa de modo significativo para as deformações adaptativas do futuro profissional”<sup>20</sup>.

Neste momento, em que a Famed se encontra estimulada a modificar seu projeto pedagógico pela inovação curricular, em consonância com os movimentos dos ministérios da Educação e da Saúde, é fundamental refletir sobre a construção da subjetividade do médico.

Autores têm destacado a importância da relação professor-aluno na construção da relação aluno/médico-paciente<sup>21,22,23</sup>. Rever, no contato com os estudantes, os modelos de relação professor-aluno oferecidos ajudaria a compor a identidade dos futuros médicos.

## CONTEXTO HISTÓRICO

Asclépios, um mito grego, é considerado o iniciador da medicina e foi salvo do ventre da mãe, cujo corpo se queimou – coerente com a crença de que o médico deve passar por algum tipo de sacrifício para que possa exercer plenamente seu ofício e com o endeusamento que marca sua escolha. As dores teriam tornado Asclépios capaz de compreender todo o sofrimento dos doentes, encontrando remédio para todos os males e atraindo, assim, doentes e mutilados aos seus templos, em busca de cura<sup>24</sup>.

A historicidade da medicina deve ser tomada em seu conjunto, composta pela forma de prestação da assistência, pelo objeto ao qual se aplica, pelos meios de trabalho que utiliza e pelo tipo e destino de seus produtos<sup>25</sup>.

O conhecimento e a autonomia das profissões são fatores que garantem seu poder. O domínio profissional se dá pelo conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais ao exercício do poder profissional. Para entender a formação da

identidade profissional atual do médico, é importante discutir o histórico de sua formação.

Na época de Hipócrates, século V a.C., nos primórdios da educação médica, o processo de ensino-aprendizagem se dava do médico praticante para o aprendiz informal, por meio da observação, imitação e prática. Estava integrado nesta prática o suporte psicológico e emocional oferecido pelo mestre. O contexto da aprendizagem era humanizado e holístico<sup>26</sup>.

O título de médico foi criado na universidade medieval e, junto com ele, o *status* no contexto social. No século XV, foram criadas leis que regulamentaram o exercício da medicina, criando currículos, exames e concessão do grau. Surgiu, então, o papel social do médico, com estabilidade e proteção para desenvolver métodos e técnicas, aplicando o conhecimento da ciência para combater as doenças.

Por muitos anos, tudo funcionou dessa maneira, até que no século XIX, com o desenvolvimento da ciência, surgiram os especialistas, e junto com eles um enfoque maior foi dado à vertente tecnológica da medicina, em detrimento da humanística.

A medicina se transforma em uma profissão sólida, e o crescimento do conhecimento científico aumenta o número de estudantes e, conseqüentemente, a necessidade de instituições de programas de treinamento para as escolas.

Foi nesse contexto que a Universidade John Hopkins, mediante avaliação detalhada das escolas médicas americanas por Abraham Flexner, propiciou a primeira grande reforma na educação médica.

O resultado desse trabalho, chamado Relatório Flexner (1910), foi adotado como referência para a reforma de muitas escolas médicas em países capitalistas. Suas principais influências foram: divisão entre ciências biológicas e sociais; estabelecimento de padrões médicos baseados em alta tecnologia e em terapia por drogas; fragmentação do currículo, o que gerou o início das especialidades; ensino baseado no hospital; incorporação da pesquisa aos programas de ensino.

O Relatório Flexner representou um grande salto de qualidade para a medicina na época. No entanto, com o maior estímulo à pesquisa do que ao ensino, provocou um afastamento do docente das salas de aula em relação aos laboratórios de pesquisa. Desta maneira, houve uma separação e um isolamento entre as ciências básicas e a clínica. Com o passar do tempo, acentuou-se a falta de integração entre as disciplinas, ao mesmo tempo em que aumentava o descontentamento da comunidade universitária.

Nos dias atuais, este paradigma ainda é dominante, sendo fonte de referência para a formação de identidades profissionais.

A noção de procedimentos acarretou um distanciamento e pouca preocupação com a singularidade de cada pessoa atendida e terminou por despersonalizar a relação médico-paciente. Desta forma, criou-se um olhar limitado sobre o paciente, com o médico ocupando um papel de mero reprodutor de ações estereotipadas e sem liberdade<sup>10,11</sup>.

A partir de um histórico da formação e contexto da prática médica, o processo de construção da identidade do profissional médico priorizou as ações superespecializadas, ficando o trabalho de promoção em saúde como uma prática que distancia o profissional de sua identidade. Ainda não se delineou um consenso quanto à possibilidade de as atuais estratégias de mudança do sistema de saúde brasileiro, como a reforma curricular citada, serem apontadas como alternativas relevantes à atual dicotomização do pensar e agir na área de saúde.

A especialização descontrolada, sem o preparo geral, a corrida desmedida pela sofisticação tecnológica e o encarecimento dos custos no setor de saúde em detrimento dos aspectos humanos e sociais da assistência médica foram características centrais da prática médica em quase todo o mundo ocidental ao longo deste período<sup>27</sup>.

Algumas faculdades procuram reverter o modelo de formação por meio de reformas curriculares, mas se deparam com a resistência de profissionais em mudar este modelo baseado na especialização. Consta-se que o próprio ensino se torna segmentado, apenas reproduzindo velhas práticas de assistência. Estas atitudes são reforçadas nas faculdades de Medicina por meio de um currículo tradicional, sistematizado segundo a lógica flexneriana, que privilegia o laboratório e o hospital como lugares especiais de aprendizagem, influenciando a formação de identidades profissionais já entre os estudantes da graduação, que internalizam crenças e atitudes com base em sistemas referenciais fornecidos pelas faculdades e pelos professores<sup>28</sup>.

## A UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA E O CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA DA FAMED

A explicitação e a discussão dos processos de formação da identidade profissional são fundamentais ao entendimento das dificuldades para programar determinadas políticas de saúde ou reformulações na matriz curricular. Enquanto não nos ocuparmos diretamente do processo de formação e manutenção de identidades institucionalizadas, estaremos, provavelmente, perseverando sem êxito, nessa busca de ruptura de barreiras culturais às novas práticas em saúde.

Apesar da hegemonia de práticas pautadas pela identificação com o trabalho especializado, existe uma tentativa de mudança e reconstrução das ações e da identidade do profissional de saúde. Todavia, ainda não conseguimos superar as práticas

tradicionais; ou seja, mais as criticamos e apontamos seus limites do que fomos capazes de construir propostas alternativas.

Em junho de 2004, o MEC/Inep avaliou as condições de ensino da Famed/UFU e reconheceu um esforço efetivo da coordenação, corpo docente e discente da faculdade no projeto de mudança curricular. Nesta avaliação identificou que: o currículo é centrado no professor e há ausência de integração básico-profissional; segue-se o modelo clássico de aulas teóricas e há sobrecarga de carga horária em todos os períodos; a interdisciplinaridade não é alcançada, salvo pontualmente; há pouca flexibilidade curricular; o ciclo profissional segue o modelo hospitalocêntrico; há pouca oferta de disciplinas optativas; o conteúdo programático excessivo não permite inserção de espaços livres; ausência de política de estímulo e incentivo ao corpo discente para a participação em eventos científicos, e a disponibilidade de bolsas de iniciação científica é reduzida; a avaliação não é uniforme e não há um sistema regular de avaliação do processo de ensino-aprendizagem.

O currículo não pode mais ser visto como um conjunto neutro de conhecimentos. Assim, é fundamental discutir e questionar as práticas em saúde levando em consideração a necessidade de uma mudança de paradigmas profissionais e de práticas em saúde coletiva<sup>29</sup>.

Existe a necessidade de uma formação voltada para a prática interdisciplinar, coletivo/comunitária, que promova a mudança de concepções mantidas por vários anos em relação ao sistema de saúde.

O Projeto de Reestruturação do Curso de Medicina da UFU é fruto do processo histórico de compreensão da insuficiência do modelo flexneriano, do acúmulo de reflexão pedagógica sobre a educação de adultos e, em especial, dos desafios cotidianos apresentados pelo SUS para a formação dos profissionais de saúde no Brasil<sup>30</sup> em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (2001)<sup>31</sup>, construídas com o objetivo de formar médicos generalistas e humanistas; espírito crítico e reflexivo; estímulo à autoaprendizagem; potencial para especialização; com princípios éticos; capacidade para atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, ênfase na atenção básica à saúde; senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Com a inversão da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento, buscar-se-á o processo dinâmico da "ação-reflexão-ação" mediante a inserção precoce do estudante nas atividades práticas, em pequenos grupos, com um mínimo de aulas expositivas, limitadas a sistematizações, sínteses, estabelecimento de conceitos, ou conferências sobre temas já trabalhados nos grupos, tendo em vista reforço ou aprofundamento.

Para enfrentar os desafios de consolidação da integralidade na atenção à saúde, com a compreensão da importância da Atenção Primária à Saúde, geração de vínculo e clareza na determinação do processo saúde-adoecimento-cuidado, trabalhar-se-á com a inserção na rede do SUS desde o início do curso, com instrumentalização do olhar pelas ciências humanas e sociais aplicadas à saúde.

Na estruturação do currículo, parte-se de uma perspectiva de interdisciplinaridade, com integração horizontal e vertical das disciplinas em módulos multi e interdisciplinares, abordagem integrada dos problemas de saúde, em seus aspectos epidemiológicos, patológicos, clínicos e cirúrgicos, e tratamento dos problemas de saúde nos três níveis de complexidade.

Para acompanhar o processo de aprendizagem e correção de trajetórias, será usada uma avaliação dinâmica e formativa, englobando conhecimentos, atitudes e habilidades, por meio de processos diversificados, como resolução de problemas, autoavaliação, avaliação pelo grupo e avaliação do professor.

Precisa-se atentar para a questão da formação de uma identidade social ou mudanças de concepção a respeito do trabalho do profissional de saúde. Mudanças apenas no âmbito formal apresentam dificuldades de efetivação prática, e, muitas vezes, ocorre o fenômeno denominado esquizonomia<sup>32</sup>, que seria a marcada dissociação entre o dizer e o fazer, entre o discurso e a ação, cada vez mais perceptível em nossa época.

Assim, a estrutura curricular deve ser dinâmica e sempre aberta às modificações necessárias, uma vez que é construída para enfrentar os desafios de formação de um profissional para uma realidade viva e complexa, com referenciais teóricos em profunda e constante renovação. Daí a necessidade de fina articulação com o mundo do trabalho, incluindo reflexões e reformulações da prática e melhorias necessárias na organização dos serviços, tendo como referencial a educação permanente em saúde.

A estrutura curricular em desenvolvimento tem quatro eixos temáticos longitudinais que engendram núcleos de conteúdos, denominados módulos: Eixo 1 – Atividades profissionais de saúde individual e coletiva; Eixo 2 – Atividades discursivas e laboratoriais; Eixo 3 – Atividades sensoriais, reflexivas e formativas; Eixo 4 – Atividades complementares e de apoio. Os três primeiros eixos são desenvolvidos por meio de módulos transversais interdisciplinares e integradores.

O Eixo 3, Atividades sensoriais, reflexivas e formativas, visa ao treinamento de habilidades de percepção, interação, comunicação e reflexão, bem como ao favorecimento de comportamentos e atitudes que afirmam valores éticos positivos necessários à administração e resolução de conflitos ao longo de todo o processo ensino-aprendizagem e na relação médico-paciente.

Este foi o currículo aprovado pelo Conselho da Famed/UFU em 2008. As informações a seguir foram fornecidas pelo professor doutor Álvaro Barale, atual coordenador do curso de Medicina da Famed/UFU.

O processo que ocorreu de 2008 até o momento compreendeu inúmeras idas e vindas do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Graduação em Medicina, no intuito de ajustar e adequar o novo currículo às normas acadêmicas.

Em outubro de 2012, a Prograd sugeriu, em um parecer técnico final, correções no texto e no fluxograma, definição de pré-requisitos ao internato, uniformização de cargas horárias, atualização do nome de unidades acadêmicas, assinatura dos diretores em fichas das optativas e de componentes do básico (primeiro ao terceiro período).

Em novembro de 2011, o currículo é aprovado. O Conselho de Graduação (Congrad), na Resolução 32/2012, aprova o PPC de Graduação em Medicina:

Art 1º. Aprovar o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Graduação em Medicina, grau Bacharelado, ofertado em Uberlândia, com início a partir do segundo semestre do ano letivo de 2013, com:

Parágrafo único. Grau Bacharelado, turno de oferta integral, com:

- I – Prazo regular para integralização do curso: 6 anos (12 semestres);
- II – Prazo mínimo: 6 anos (12 semestres);
- III – Prazo máximo: 9 anos (18 semestres);
- IV – Regime acadêmico semestral;
- V – Oferecimento de 40 vagas/semestrais;
- VI – Entrada semestral; e
- VII – 8.925 horas de carga horária total, sendo:
  - 5.085 horas de carga horária obrigatória, acrescidas de:
    - 3.480 horas de estágios;
    - 270 horas de carga horária mínima de atividades acadêmicas complementares; e
    - 90 horas de carga horária mínima de Componentes Curriculares optativos;
- VIII – Para integralização curricular considera-se o Enade componente curricular obrigatório dos cursos de graduação.

## O EIXO ATIVIDADES SENSORIAIS, REFLEXIVAS E FORMATIVAS (ASRF)

As ASRF<sup>30</sup> pretendem acompanhar e estimular os alunos em seus diferentes momentos acadêmicos, do primeiro ao último período, quanto a aquisição e desenvolvimento das habilida-

des do papel de médico, com estímulo à reflexão e crítica das ações e interfaces das ações médicas.

Pretendem também treinar habilidades sensoriais e reflexivas, aprimorando o perceptual interacional, comunicacional, relacional e reflexivo dos estudantes, bem como favorecer comportamentos e atitudes afirmativos e éticos necessários a uma prática adequada ao futuro médico.

Nos oito períodos iniciais, os estudantes desenvolverão atividades relativas à história da medicina, ética médica, bioética, relações humanas, valores humanos, desenvolvimento humano.

No primeiro e segundo períodos, serão debatidas as motivações conscientes e inconscientes; percepções do mundo médico; reflexões a respeito do médico na sociedade.

Do terceiro ao oitavo período, serão individualizadas situações com o objetivo de aprimorar as relações aluno-aluno, aluno-professor, aluno-paciente, aluno-familiar dos pacientes, aluno-trabalhador da saúde, utilizando subsídios temáticos da Psicologia, Psiquiatria, Sociologia, Antropologia e Ética, entre outros.

No internato, os estudantes aperfeiçoarão as habilidades adquiridas, trabalharão as possíveis crises e conflitos oriundos do papel adquirido e da entrada no mercado de trabalho, além de discutirem semanalmente problemas éticos e dificuldades na relação médico-paciente identificados nos casos vivenciados.

Em cada semestre estes temas serão selecionados de forma que se articulem com os outros eixos, em particular com as atividades discursivas e de prática laboratorial, o eixo ADPL.

Serão utilizados seminários, discussões de casos, leitura de textos, aulas dialogadas, debate de filmes, grupos focais. Serão considerados aspectos referentes a relações, implicações bioéticas, contextos histórico, social e cultural, crítica relativa ao conteúdo e à forma, levando-se em conta nestes trabalhos questões como respeito, responsabilidade, comunicação, auto-avaliação, criatividade, espontaneidade e adequação.

A literatura pode beneficiar os futuros médicos nas habilidades comunicativas. Os estudantes realizarão relatórios de leitura de livros selecionados.

Nos quatro períodos iniciais, a leitura terá temas relativos aos processos de perda e saúde/adoecimento/cuidado. Entre o quinto e o oitavo período, os alunos lerão autobiografias, ensaios, novelas, contos e textos teatrais com temas relevantes para o desenvolvimento do papel profissional do médico. Farão um levantamento de livros, teses, artigos, jornais, revistas, filmes, arquivos, folhetos e revisão bibliográfica, entre outros.

Serão exibidos filmes seguidos de discussão. Os filmes fundamentam teoricamente conceitos que possibilitam a reflexão dos estudantes sobre questões éticas e morais presentes na vivência diária da prática médica. É uma atividade que enfatiza a afetividade e desenvolve o ideal ético do cuidado. É útil ao ensino por ser familiar, despertar curiosidade, proporcionar oportunidades de ressignificação, favorecer a desconstrução de mitos, estereótipos e preconceitos. Permite uma aproximação da verdade e um aumento da liberdade<sup>33</sup>.

O cinema é uma prática social e em suas narrativas e significados podemos identificar evidências do modo como nossa cultura dá sentido a si própria.

A exibição e a discussão dos filmes provocam mudanças ao criarem uma versão para as nossas práticas. O filme utilizado como ferramenta pedagógica permite relacionar educação e filosofia, proporcionando a criação de novas abordagens, o uso de novos vocabulários e, até mesmo, uma nova versão de nós mesmos.

Seminários multidisciplinares com outras unidades acadêmicas, como Letras, Psicologia, Ciências Sociais e Filosofia, enriquecerão os processos.

As narrativas revelam problemas morais e éticos. Também materializam elementos para trabalhar as relações com professores, colegas, equipe multiprofissional e pacientes.

A história na qualidade narrativa nos fornece um meio agradável, inconsciente e envolvente de construir nosso mundo. A narrativa pode ser descrita como uma forma de “dar sentido” ao nosso mundo social e compartilhar esse “sentido” com os outros.

Os estudantes terão contato com histórias de inúmeros pacientes, narrativas de vidas constituídas de achados, pausas, expressões, formas, significados. A leitura e a interpretação destes elementos desvelarão a trama e explicarão as motivações de seus pacientes e subsidiarão sua compreensão.

Ética vem do grego e significa comportamento; representa a capacidade racional de distinguir entre o bem e o mal, e praticá-lo. Bioética significa ética de vida. Sendo a vida e sua satisfação o maior bem humano, em última análise, ética é representada por pensamento e ações que visam à manutenção, à defesa, à valorização e ao aperfeiçoamento da vida<sup>34</sup>.

O ensino da Bioética ocorrerá por meio de discussões de casos-problemas encontrados na prática e cujos aspectos aparecem nos processos decisórios dos médicos, significantes para a reflexão sobre o princípio de autonomia e a pluralidade de pensamentos.

O eixo ASRF contará com oito módulos distribuídos em oito semestres.

## CONCLUSÃO

Dos médicos espera-se desenvolvido senso de respeito pelas pessoas, bom senso, decisão, objetividade, adaptabilidade, sensibilidade, generosidade, discrição, curiosidade, responsabilidade, dedicação, compreensão, conhecimentos, afetos, experiências suficientes para ação, comunicação adequada; intuição para reconhecer aquilo que vai além do que aparece como concreto e visível; empatia para se colocar no lugar do outro, respeito, tolerância; continência para angústias e fantasias.

Espera-se que a formação médica prepare médicos que considerem o indivíduo em seu contexto familiar e social e que consigam uma relação de confiança em longo prazo; que escolham as tecnologias a serem aplicadas de forma ética; que sejam capazes de promover estilos de vida saudáveis; que consigam harmonizar as necessidades individuais e comunitárias de saúde por meio do ganho da confiança das pessoas com quem trabalham; que consigam trabalhar de forma interdisciplinar e multissetorial.

Para isto, o médico deve ser inteligente, estudioso, sensível, seguro, inspirar confiança, saber dosar trabalho e lazer, estar sempre disponível, ser competente tecnicamente, saber compreender o paciente... Esta é a ideia e a expectativa que alunos dos cursos de Medicina expressam em relação ao desempenho profissional – coerente com o que a sociedade estabelece como atribuições de um bom médico<sup>6</sup>.

Como os alunos de Medicina desenvolvem suas identidades profissionais? Qual é o papel da escola médica? O que está envolvido na formação das identidades profissionais dos médicos? O que influencia? O que dificulta? O que contribui? As reformas curriculares e a busca de novas técnicas pedagógicas são suficientes para auxiliar os alunos a elaborar a diversidade de embates afetivos com que precisam lidar? Como detectar problemas emocionais e dificuldades no desenvolvimento profissional? Até que ponto a escola médica está preparando adequadamente os profissionais? Que conhecimentos, habilidades e atitudes devem ser oferecidos aos estudantes de Medicina para capacitá-los eficientemente para o exercício da profissão? Que valores deverão internalizar? O estudante deve assumir a responsabilidade por seu próprio aprendizado? Como estão os indivíduos que decidem seguir este caminho? Como a formação do médico hoje atinge suas identidades? O que acontece no decorrer do curso? Quais são as características dos alunos que iniciam?

Descrever, problematizar e compreender a formação da identidade dos médicos permite repensar e propor mudanças no projeto pedagógico, reconfigurá-lo. Permite também a tomada de decisões coletivas e democráticas para melhorar a

qualidade do ensino. Assim, ao compreendermos as práticas formativas às quais estão sujeitos os alunos, poderemos contribuir para a melhoria do processo de transformação das unidades acadêmicas que vêm passando por estes questionamentos. Os médicos têm um alto nível de exigência, coerente com o que a sociedade espera deles. Inúmeros são os conhecimentos, habilidades e atitudes esperados deste grupo de profissionais.

## REFERÊNCIAS

- Zimmerman VB. A formação psicológica do médico. In: Mello Filho J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.64-9
- Bustos DM. *Perigo... amor à vista!* São Paulo: Aleph; 1990.
- Moreno JL. *O Psicodrama*. São Paulo: Cultrix;1975.
- Santos BRL, Moraes EP, Piccinini GC, Sagebin HC, Eidt OR, Witt RR. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. *Rev Bras Enferm*. 2000;53:49-59.
- Ciampa AC. A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1996.
- Jacques MGC. Identidade. In: Jacques MGC, Strey MN, Bernardes NMG, Guareschi PA, Carlos SA, Fonseca TMG, orgs. *Psicologia social contemporânea*. Livro-texto. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 159-67.
- Sigel R. An introduction to the symposium on social identity. *Political Psychology*. 2001;22(1):111-4.
- Campos GWS. *Reforma da reforma*. São Paulo: Hucitec; 1992.
- Ciampa AC. Identidade. In: lane STM, Codo W, orgs. *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense; 1994. p.58-75.
- Campos GWS. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Saúde Pública*. 1997;13(1):141-44.
- Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, org. *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.29-87.
- Jorge Neto AD, Moura CCL, Moraes LR, Carneiro MCM, Fernandes VC, Simão LGP. Adaptabilidade e adequação dos alunos recém-chegados ao curso médico — Questões do desenvolvimento do papel [resumo]. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2 Supl. 1):136. [Apresentação ao 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 20 – 23 out. 2007; Uberlândia, MG].
- Evangelista LA, Guimarães MS, Moraes LR, Jorge Neto AD. Grupo de reflexão em Saúde Mental e Psicoterapia – Experiência da Liga de Saúde Mental da Famed / UFU. [resumo]. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2 Supl. 1):724. [Apresentação ao 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 20 – 23 out. 2007; Uberlândia, MG].
- Jorge Neto AD, Sampaio RF. Locus nascendi do papel do médico – Utilização de cenários diferentes no início da formação do médico da Universidade Federal de Uberlândia. [resumo]. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2 Supl. 1):7. [Apresentação ao 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 20 – 23 out. 2007; Uberlândia, MG].
- Jorge Neto AD. Orientação de carreira – apoio psicopedagógico ao aluno do internato – Uma proposta humanística no final do curso médico. [resumo]. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2 Supl. 1):503. [Apresentação ao 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 20 – 23 out. 2007; Uberlândia, MG].
- Jorge Neto AD, Moraes LR, Carneiro MCM, Fernandes VC, Barbosa AZ. UAI – Unidade de Atendimento Integrado. Quando o meio contribui para o todo – Questões para o desenvolvimento do papel de médico. [resumo]. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2 Supl. 1):229. [Apresentação ao 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 20 – 23 out. 2007; Uberlândia, MG].
- Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
- Santana JPO. Paradoxo da educação médica. *Saúde Debate*. 1996;52:99-102.
- Davini, MC. Educación permanente y problematización de la practica: caminos metodológicos. In: Haddad J, Roschke MA, Davini MC. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPS; 1994. p. 109-126. (Serie desarrollo de Recursos Humanos, 100).
- Violante ML. *Socialização e identidade*. São Paulo: PUC-SP; 1986.
- Kaufman A. Reflexões sobre educação médica: uma abordagem sociométrica. São Paulo; 1998. Douorado [Tese] — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Kaufman A. *Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica*. São Paulo: Agora; 1992.
- Lima MCP. O psicodrama e o ensino médico: reflexões a partir de uma experiência inédita. *Rev Bras Psicodrama*. 1997;5(1):11-9.
- Cassorla R. O mito de Asclépios e o médico lidando com a morte. *Cad IFAN*. 1995;10:51-62.
- Faria EVF. A formação do profissional de saúde. *Rev Atenção Primária à Saúde*. 2000;2(4):10-1.



26. Mattos MCI. Por que mudar? Marcos histórico para inovação curricular na área da saúde. Recife: EDUPE; 2007. (Série Vivências em Educação)
27. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001. p.39-64.
28. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública. 1998;32(4):299-316.
29. Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina. Coordenação Curso de Medicina. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Uberlândia; 2008.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: MS; 2007.
31. Ribeiro MS. A saúde mental e o uso disfuncional de psicoativos: apontamentos críticos. In: Venancio ATA, Cavalcanti MT, org. Saúde Mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB – CUCA; 2001. p. 247-264.
32. Pereira RTMC. O ensino da medicina através das humanidades médicas: análise do filme “And the band played on” e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em Educação Médica. São Paulo; 2004 Doutorado [Tese] — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
33. Gottschall CAM. Bioética e seus fundamentos In: Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. Ética e bioética: coletânea de artigos. 2ª ed. Porto Alegre: Stampa; 2006.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Mário Pinto Sobrinho, 333  
Santa Mônica – Uberlândia  
CEP. 38408-128 MG  
E-mail: alfredo.demetrio@gmail.com