UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

*Reflexões e vivências de estudantes de Medicina do ciclo básico através do
Sociodrama Educacional*

Maria de Fátima Aveiro Colares

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP,
como parte das exigências para a obtenção do
título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO-SP

2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

*Reflexões e vivências de estudantes de Medicina do ciclo básico através do
Sociodrama Educacional*

Maria de Fátima Aveiro Colares
Orientador: Prof. Dr. Antônio dos Santos Andrade

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP,
como parte das exigências para a obtenção do
título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO-SP
2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Colares, Maria de Fátima Aveiro

Reflexões e vivências de estudantes de medicina do ciclo básico através do Sociodrama Educacional. Ribeirão Preto, 2004.

269p. : il.; 30cm.

Tese, apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP – Departamento de Psicologia e Educação.

Orientador: Andrade, Antônio dos Santos

1- Sociodrama Educacional, 2-Estudantes de Medicina, 3-Grupos reflexivos.

DEDICATÓRIA

Ao Prof. Dr. Antônio dos Santos Andrade

Ao Prof. Antônio, meu orientador, e ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Sociodrama Educacional (GEPSSED) coordenado por ele. A você professor, pelo grande pesquisador e professor que é, por sempre ter estado muito presente durante toda essa trajetória, por ter compartilhado sempre com entusiasmo todos os momentos únicos de espontaneidade e criatividade de cada um de nós dentro do grupo de pesquisa, por ter dado a oportunidade a todos nós de conhecer e viver um verdadeiro modelo de relação professor-aluno, através da convivência com você!

Obrigado acima de tudo por sempre estimular a todos nós do grupo de pesquisa a acreditarmos que através de nossos estudos de investigação, projetos e ações interventivas, nos diversos contextos educacionais ao qual atuamos, pudéssemos sempre contribuir enquanto pesquisadores e agentes facilitadores das relações vividas nesses referidos contextos.

A você “Toninho”, obrigado por sempre ter nos incentivado a nunca ter medo da “travessia do rio”, principalmente quando os momentos dessa travessia eram muito agitados...obrigado por ter-nos feito acreditar que essa travessia valeria a pena, a nunca termos medo dela, a nunca desistirmos !!!

Convite para um encontro

“Um encontro entre dois: olho no olho, cara a cara. E quando estiveres próximo, tomarei teus olhos e os colocarei no lugar dos meus, e tu tomarás meus olhos e os colocará no lugar dos teus; então te olharei com teus olhos e tu me olharás com os meus. Assim nosso silêncio se serve até das coisas mais comuns e nosso encontro é meta livre: o lugar indeterminado, em um momento indefinido, a palavra ilimitada, para o homem não cerceado”.

Jacob Levy Moreno

1889-1974

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Camila e Guilherme, pelo constante incentivo, apesar de todas as minhas ausências;

Aos estudantes de medicina que participaram desse trabalho...obrigado por terem acreditado na proposta;

A toda minha família, a todas as pessoas próximas a mim, aos amigos, por nunca terem medido esforços para me apoiarem;

A todos os companheiros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Sociodrama Educacional (GEPSSED): Patrícia, Christina, Cristiane, Eliane, Gislaine, Dani G.; Dani R.; Márcio, Valéria, Bia, Karina, Zilda, pela experiência positiva de compartilhamento dos nossos temores e sucessos;

Á Cristiane, colega de serviço e meu ego-auxiliar no grupo reflexivo, pela sua amizade, parceria e pelo compartilhar das alegrias e tristezas na difícil tarefa de auxiliar “futuros cuidadores da saúde”;

Às colegas “parceiras” Raquel, Patrícia Bellodi, por sempre terem compartilhado comigo os “altos” e “baixos” de nossas trajetórias profissionais;

Aos ex coordenadores do CAEP, professores José Fernando e Ricardo Brandt, e à atual coordenadora, Profa. Margaret de Castro, pelo estímulo sempre constante para o aprimoramento profissional dos profissionais do CAEP;

Aos professores da FMRP: Maria de Lourdes, Troncon, Afonso, Sérgio Britto, por sempre acreditarem no potencial de trabalho do CAEP, e pelo constante estímulo a todas as atividades desenvolvidas no serviço;

À Comissão de graduação da FMRP, na pessoa do Prof. Dr. Roberto Martinez, por ter apoiado e incentivado o desenvolvimento desse estudo;

Á amiga Ângela, psicodramatista, por ter dado contribuições inestimáveis na finalização deste estudo;

Á Denise, secretária do Programa de pós Graduação em Psicologia, pelo seu incentivo, apoio e pelas contribuições preciosas no final do processo.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO..... 01

I- INTRODUÇÃO 04

I.1- A profissão médica e a trajetória acadêmica 04

I.2- As representações sociais e a profissão médica..... 14

I.3- A práxis grupal em contextos institucionais..... 21

I.4- O Psicodrama e o Sociodrama Educacional: Conceitos e Aplicações .. 27

II- JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS..... 38

III- METODOLOGIA

A abordagem metodológica

III.1- A pesquisa qualitativa 40

III.2- As entrevistas de grupos focais enquanto estratégia para a coleta de dados..... 46

III.3- Os grupos focais e a utilização da técnica em pesquisas de Educação Médica..... 50

IV- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

IV.1- Os participantes do pré-inquérito..... 53

IV.2- Os participantes das entrevistas de grupos focais..... 55

IV.3- Os participantes do grupo reflexivo..... 57

V- PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

V.1- Pré-inquérito..... 58

V.2-Os Grupos focais 58

V.3- O Grupo reflexivo 59

V.5- Reunião de Avaliação do grupo reflexivo..... 60

V.4- Observação participante e análise documental 60

VI- PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS 61

VII- RESULTADOS

1ª Parte: Contextualização: Caracterização da Instituição e histórico do ciclo básico.....	69
2ª Parte: O pré-inquérito	74
3ª Parte: As entrevistas de grupos focais	78
1º Ano	
Tema1: A escolha pela medicina	78
Tema 2: As dificuldades vivenciadas.....	83
Tema 3: O papel do médico	93
Tema 4: Os grupos reflexivos	103
2º ano	
Tema1: A escolha pela medicina	104
Tema 2: As dificuldades vivenciadas.....	105
Tema 3: O papel do médico	113
Tema 4: Os grupos reflexivos	114
3º ano	
Tema1: A escolha pela medicina	116
Tema 2: As dificuldades vivenciadas.....	118
Tema 3: O papel do médico	125
Tema 4: Os grupos reflexivos	127
4ª Parte: O grupo reflexivo	
A)- A sociometria grupal: considerações teóricas e a proposta de um modelo de análise sociométrica.....	129
A.1- Análise sociométrica- 1ª reunião grupo reflexivo.....	138
A.2- Análise sociométrica- 2ª reunião grupo reflexivo.....	141
A.3- Análise sociométrica- 3ª reunião grupo reflexivo.....	147
A.4- Análise sociométrica- 4ª reunião grupo reflexivo.....	154
A.5- Análise sociométrica- 5ª reunião grupo reflexivo.....	160
A.6- Análise sociométrica- 6ª reunião grupo reflexivo.....	167
A.7- Análise sociométrica- 7ª reunião grupo reflexivo.....	178
A.8- Análise sociométrica- 8ª reunião grupo reflexivo.....	184
A.9- Análise sociométrica- 9ª reunião grupo reflexivo.....	193

B)- Considerações gerais sobre a análise sociométrica do grupo reflexivo	199
5ª Parte: Reunião de Avaliação	215
VIII- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
VIII.1- O pré-inquérito	224
VIII.2- Os grupos focais	227
VIII.3- O grupo reflexivo	238
IX- CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS	242
X- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	249
XI- ANEXOS	263

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização dos participantes do estudo (pré-inquérito) quanto aos dados sócio-demográficos	54
TABELA 2: Frequência dos dados relativos à escolaridade dos pais dos alunos de medicina do 1º ao 3º ano (Fase de pré-inquérito)	55
TABELA 3: Caracterização demográfica dos alunos de medicina que participaram das entrevistas de grupos focais (1º a 3º ano)	56
TABELA 4: Caracterização dos alunos de medicina que participaram do grupo reflexivo sociodramático	57
TABELA 5: Porcentagem de respostas dos alunos de 1º ano em relação ao nível de satisfação frente a alguns aspectos do ciclo básico	75
TABELA 6: Porcentagem de respostas dos alunos de 2º ano em relação ao nível de satisfação frente a alguns aspectos do ciclo básico	76
TABELA 7: Porcentagem de respostas dos alunos de 3º ano em relação ao nível de satisfação frente a alguns aspectos do ciclo básico	77

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Instrumento de Análise 1 (IA 1): Exemplo de expressões-chave retiradas das entrevistas de grupos focais, em relação aos alunos do 3º ano de medicina frente a questão: “*Porque você decidiu fazer medicina?*” 65

QUADRO 2: Instrumento de Análise 2 (IA 2): Exemplos de categorias empíricas retiradas das entrevistas de grupos focais, em relação aos alunos de 1º ano, frente a questão: “*Porque você decidiu fazer medicina?*” 67

QUADRO 3: Categorias empíricas obtidas da reunião de avaliação do grupo reflexivo sobre o: Tema 1: Avaliação Cognitiva 216

QUADRO 4:: Categorias empíricas obtidas da reunião de avaliação do grupo reflexivo sobre o: Tema 2: Avaliação Afetivo Vivencial 218

QUADRO 5: Categorias empíricas obtidas da reunião de avaliação do grupo reflexivo sobre o: Tema 3: Aproximação Avaliativa 220

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Representação esquemática dos componentes que constituem um modelo de análise sociométrica	134
FIGURA 2: Representação esquemática referente a um modelo de análise sociométrica	136
FIGURA 3: Análise sociométrica do grupo reflexivo – 1 ^a reunião	138
FIGURA 4: Análise sociométrica do grupo reflexivo – 2 ^a reunião	141
FIGURA 5: Análise sociométrica do grupo reflexivo – 3 ^a reunião	147
FIGURA 6: Análise sociométrica do grupo reflexivo – 4 ^a reunião	154
FIGURA 7: Análise sociométrica do grupo reflexivo – 5 ^a reunião	160
FIGURA 8: Análise sociométrica do grupo reflexivo – 6 ^a reunião	167
FIGURA 9: Análise sociométrica do grupo reflexivo – 7 ^a reunião	178
FIGURA 10: Análise sociométrica do grupo reflexivo – 8 ^a reunião	184
FIGURA 11: Análise sociométrica do grupo reflexivo – 9 ^a reunião	193

RESUMO

COLARES, M. F. A. **Reflexões e vivências de estudantes de Medicina do ciclo básico através do Sociodrama Educacional.** 2004. 284 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Os grupos reflexivos durante a formação médica têm sido destacados na literatura como uma estratégia eficaz de intervenção contribuindo para uma reflexão sobre o papel profissional. O objetivo do presente trabalho foi avaliar a eficácia de uma atividade grupal com estudantes de medicina, a respeito do papel profissional e de suas dificuldades iniciais no curso médico. O referencial teórico adotado foi o Sociodrama Educacional. O estudo foi dividido em 4 etapas: 1) Pré-inquérito, através de questionário estruturado, com alunos de medicina do 1º ao 3º ano (N=240), obtivemos o nível de satisfação dos estudantes frente a questões sobre o ciclo básico; 2) realização de 11 grupos focais com estudantes do 1º ao 3º ano de medicina, selecionados da fase anterior, para o levantamento de suas representações sobre os seguintes temas: a escolha pelo curso médico, as dificuldades vivenciadas até o momento e as expectativas quanto ao papel profissional (N=24); 3) Grupo Reflexivo com participação de 10 alunos da fase anterior com 9 reuniões semanais, distribuídas em atividades de aquecimento e reflexão através da interpretação lúdica de papéis; 4) entrevista final de avaliação dividida em 3 momentos: cognitivo, afetivo e avaliativo. O estudo caracterizou-se como uma pesquisa-intervenção, valendo-se dos pressupostos da abordagem qualitativa de investigação. As entrevistas de grupos focais identificaram que as representações dos estudantes de medicina no início de sua formação estão ancoradas por idéias altruístas e podem ir se modificando ao longo da formação, podendo existir momentos de conflitos durante o desenvolvimento desse papel. Nesse sentido, a avaliação obtida dos alunos em relação ao grupo reflexivo proposto foi de reconhecimento da importância do mesmo como um modelo para uma reflexão crítica do papel profissional em desenvolvimento.

PALAVRAS –CHAVE: Estudantes de Medicina, Psicodrama, Grupo Reflexivo

ABSTRACT

COLARES, M. F. A. **Reflections and experiences of students of Medicine of the basic cycle through the Educational Sociodrama.** 2004. 284 f. Thesis (Doctoral) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

The reflexive groups during the medical formation have been highlighted in the literature as an effective strategy of intervention contributing to a reflection on the professional paper. The objective of the present work was to evaluate the effectiveness of a group activity with medicine students, regarding the professional paper and of its initial difficulties in the medical course. The adopted theoretical referential was Educational Sociodrama. The study was divided in 4 stages: 1) Pre-inquiry, through structured questionnaire, with medicine students of the 1st to the 3rd year (N=240), we obtained the satisfaction level of the students front to subjects on the basic cycle; 2) accomplishment of 11 focal groups with students of the 1st to the 3rd year of medicine, selected of the previous phase, for the rising of its representations on the following themes: the choice for the medical course, the difficulties existents until the moment and the expectations with relationship to the professional paper (N=24); 3) Reflexive Group with 10 students' of the phase previous with 9 weekly meetings participation, distributed in heating activities and reflection through role-playing; 4) glimpses evaluation end divided in 3 moments: cognitive, affective and evaluative. The study was characterized as a research-intervention, being been worth of the presuppositions of the qualitative approach of investigation. The interviews of focal groups identified that the medicine students' representations in the beginning of its formation are anchored by altruistic ideas and they can go modifying along the formation, could exist moments of conflicts during the development of that paper. In that sense, the students' obtained evaluation in relation to the proposed reflexive group went of recognition of to importance of the same as a model for a critical reflection of the professional paper in development.

KEYWORDS: Students of Medicine, Psychodrama, Reflexive Groups

Apresentação

A profissão médica tem despertado, nas últimas décadas, interesses vários no que diz respeito à sua formação, à grande proliferação de escolas médicas e à preocupação com o tipo de profissional que as universidades vêm formando. Associado a isso, tem existido também um interesse na preocupação com o bem estar psicossocial do estudante de medicina, através da criação de serviços de apoio ao universitário.

Dentre os vários pressupostos que norteiam a criação destes serviços, destaca-se aquele que prioriza, sobretudo, a adaptação do indivíduo ao contexto acadêmico. No caso da medicina, são consideradas as especificidades do curso e também a fase de desenvolvimento em que se encontra esse estudante, na maioria das vezes no final da adolescência.

Na faculdade de medicina onde esta pesquisa se desenvolveu, as bases preliminares para a criação de um serviço de apoio aos estudantes surgiram em 1990, através de discussões da Comissão de Graduação, órgão responsável pelo ensino dessa Instituição. A idéia inicial era a de criar um serviço que prestasse assistência psicológica e/ou psicopedagógica ao aluno, mas que tivesse ao mesmo tempo objetivos mais amplos do que o trabalho clínico assistencial. Levantou-se ainda a importância de se ater às questões que enfatizassem a prevenção e a promoção da saúde mental do estudante de medicina, não vinculando o serviço exclusivamente ao psicopatológico.

Desta forma, foi criado um órgão de apoio educacional e psicológico cuja consolidação efetiva ocorreu em 1990, que além de desenvolver atividades clínicas, também realiza estudos e projetos na área médica, com o intuito de caracterização psicossocial da população discente com propósitos de detectar precocemente as dificuldades emocionais e acadêmicas dessa população.

Como psicóloga do referido órgão, realizando atendimento psicológico aos estudantes, percebemos que as queixas trazidas pelos mesmos, e que se relacionam a conteúdos referentes à formação acadêmica, traduzem-se numa insatisfação com esse contexto, sobretudo no que se refere às disciplinas do ciclo básico. Os alunos questionam o “distanciamento” de atividades que relembrem a prática médica,

ênfatizando que as disciplinas de área básica não possuem atrativos no sentido de uma aproximação mais efetiva com a medicina.

Desta maneira, torna-se comum a procura pelo serviço de atendimento aos alunos no início do curso. Considerando as fantasias e expectativas acerca da medicina, é de se supor o quão angustiante pode ser a realidade vivenciada neste momento.

Além disso, as dificuldades no relacionamento interpessoal figuram dentre as queixas mais comuns. A grande competitividade, à qual o aluno se submete antes do vestibular, parece ter continuidade em seu contexto acadêmico. As primeiras provas e conseqüentemente as primeiras notas muitas vezes não representam o verdadeiro potencial cognitivo do aluno que sofre, sentindo-se em um primeiro momento com a sensação de ser incapaz de dar continuidade ao curso e com sentimentos de baixa auto-estima.

É muito comum os alunos “veteranos” passarem suas experiências para os alunos mais novos, acerca de suas vivências no curso e muitas vezes de maneira distorcida da realidade. Além do mais, parece ser um aspecto comum durante a formação médica a troca de experiências entre alunos e residentes. Essa troca muitas vezes ocorre em momentos de fragilidade emocional, de muito estresse, ocasionando desencontros nessas relações.

No contexto da formação médica, poucas são as alternativas para o aprimoramento de reflexões sobre a profissão, principalmente nos primeiros anos do curso. Como já salientado, através do atendimento psicológico aos estudantes de Medicina da faculdade pesquisada, nota-se uma insatisfação com relação a essa fase, destacando-se queixas como: dificuldades no relacionamento interpessoal aluno-aluno, aluno-professor, dificuldades afetivas e a carga horária excessiva associada à incompatibilidade com atividades de lazer.

Ainda são destacadas queixas que apontam a insatisfação dos alunos por não “vivenciarem”, no início do curso, situações que os aproximem do verdadeiro “papel de médico”. No entanto, a nosso ver, essas dificuldades apontam ainda para uma imaturidade acerca da escolha profissional, muito fantasiada pelas expectativas e motivações iniciais que subsidiaram essa escolha.

Nosso trabalho na referida instituição focaliza o atendimento individualizado àqueles estudantes que procuram espontaneamente por ajuda psicológica ou psicopedagógica. Muitas vezes, as dificuldades apresentadas não parecem, em um primeiro momento, fazer parte do contexto acadêmico, mas interferem direta ou indiretamente nesse aspecto. No entanto, chamamos a atenção para aquelas situações que fazem parte do desenvolvimento acadêmico dos estudantes, como é o próprio processo de amadurecimento da escolha pela Medicina e da identidade médica propriamente dita.

Assim, como proposta para o delineamento desta pesquisa, pretendemos que a mesma vise a busca por uma estratégia de intervenção focalizando as dificuldades acadêmicas apontadas pelos alunos durante sua formação, tendo como referência principal, para esse fim, o trabalho grupal. Descreveremos, a seguir, algumas considerações sobre a profissão médica e os aspectos inerentes a esta formação, as práticas grupais adotadas como estratégias de ensino na formação médica e a escolha do referencial teórico sociodramático que subsidiou a presente pesquisa.

I - INTRODUÇÃO

I.1 - A profissão médica e a trajetória acadêmica.

A escolha profissional tem merecido nas últimas décadas importante destaque na literatura. Muitos podem ser os fatores que influenciam a escolha da profissão, como a “visão romântica” da mesma e as ilusões acerca do mercado de trabalho.

Alguns autores no campo da orientação profissional apontam alguns aspectos que devem ser considerados na escolha de uma carreira, como, por exemplo, as tendências individuais, a diversidade de atuação dentro da opção pretendida; um conhecimento mínimo sobre a profissão; conhecer o manejo político cultural da profissão (Soares, 2002; Whitaker, 1997).

Whitaker (1997) afirma que muitos dos nossos universitários mantêm, durante o processo de escolha da carreira, uma visão romântica sobre a mesma, uma imagem estereotipada, idealizada, destacando, particularmente, a profissão médica. Para Whitaker,

“Há profissões rodeadas de charme. É o caso do médico: alto, bonito, rico e poderoso, qual sacerdote privilegiado, desempenhando seus rituais em suaves consultórios refrigerados. E, no entanto o médico sempre teve uma vida extremamente sacrificada em termos de horário e dedicação aos doentes. Hoje é, cada vez mais, um colecionador de empregos” (Whitaker, 1997, p.53)

A autora salienta a importância de que os indivíduos, ao assumirem uma escolha profissional na qual possa prevalecer a visão romântica, procurem conhecer também os aspectos negativos que permeiam essa escolha e procurem equacioná-los adequadamente.

Assim, para Silva (2003) o jovem aluno de medicina chega na maioria das vezes, *“idealizando uma medicina que fantasiou a partir de dados que estavam no seu cotidiano e do seu mundo psicológico, seu mundo interno”*. À medida que o curso vai evoluindo, a realidade vai aparecendo de uma forma sofrida e são, muitas vezes, decorrentes dessa fase conflitos quanto à vocação.

Sendo assim, a profissão médica adquiriu, ao longo da história, uma importância significativa no campo da saúde. Notadamente, discute-se os estereótipos profissionais e as representações de muitos jovens secundaristas e até mesmo universitários do curso médico acerca dessa profissão, como o seu papel social, o status, a auto-realização e o quanto o desconhecimento sobre as características peculiares ao curso pode acarretar períodos de stress ao longo dessa formação, aliados ainda às expectativas que a própria sociedade estabelece em relação ao profissional médico. (Cianflone e Figueiredo, 1993; Cianflone e Fernandez, 1993; Cianflone, 1996; Carapinheiro, 1993; Colares, 1999; Bellodi, 2001; Bellodi e Martins, 2001; Souza, 2001; Ignarra, 2002).

Numa perspectiva antropológica, Queiroz (1991) discute a profissão médica, refletindo sobre as tendências e perspectivas de pesquisa nessa área, no campo das ciências sociais. Uma das razões apontadas pelo autor, quanto a pouca importância que o campo das ciências sociais dá ao estudo da profissão médica, tem a ver com a postura positivista conservadora que cerca a história da Medicina, que assegura a divisão do trabalho em saúde como um processo natural, onde o saber e o domínio tecnológico se revelam nas hierarquias ocupacionais existentes no processo produtivo. Essa dominação deve-se ao fato da Medicina controlar o conhecimento sobre o processo de cura. Desta forma, a divisão do trabalho em saúde não é encarada como problema e sim como a expressão da relação de saber numa forma naturalmente hierarquizada. Assim, *“qualquer tipo de conflito dentro de um campo profissional é configurado como sintoma de patologia social ou administrativa”*. (Queiroz, 1991, p.321)

Queiroz (1991) sugere que se introduza o conceito de cultura e o método antropológico de investigação, no sentido de acrescentar outra vertente teórica explicativa para o entendimento da evolução das profissões na área da saúde, sem no entanto diminuir a importância do Estado e das relações de classe.

Nesta tendência, encontramos estudos que consideram a escolha pela Medicina como produto do forte prestígio social que a profissão exerce e o fato de que “ser médico” ou “fazer-se médico” representa para alguns indivíduos a viabilização de um projeto de ascensão social que muitos já trazem, na expectativa

de participação na sociedade, para que possam reconhecer e serem reconhecidos como sujeitos sociais de prestígio e valor. (Scharaiber, 1993).

Através de relatos e depoimentos de médicos, Scharaiber (1993) analisa as transformações ocorridas ao longo da história da Medicina com a crescente especialização da mesma e o aumento da tecnologia sofisticada, proporcionando aos profissionais envolvidos na área crescentes reformulações sobre o significado de sua escolha.

A própria formação médica na atualidade tem suscitado questionamentos sobre o tipo de profissional que as escolas vêm formando. Muitos estudos apontam a mudança de atitudes que ocorre com os estudantes ao longo de sua formação acadêmica, onde, no início, as razões de ordem conscientes mais destacadas são o altruísmo, a vocação e o desejo de ajudar o próximo. Ao final de sua formação, as idéias parecem convergir para uma visão mais tecnicista, onde o desejo humanitário passa a ocupar uma prioridade secundária (Berlinguer, 1983; Carapinheiro, 1993; Milan *et al*, 1991, 1995; Millan *et al*, 1999; Miyazaki, 1997; Meleiro, 1999).

Cassorla (1980) aponta a dissociação existente entre os objetivos que as escolas médicas propõem quanto ao “produto final” de seus formandos e, muitas vezes, a incoerência com a prática encontrada. Salienta ainda, que a Escola Médica sofre as influências do ambiente, da sociedade a que pertence, não podendo esta questão ser desconsiderada na formação acadêmica. Além disso, para que o tipo de médico a ser formado possa convergir em um profissional ativo, crítico, reflexivo, capaz de se adaptar criticamente às situações, as Escolas Médicas devem considerar se seus projetos educacionais possuem características conservadoras ou inovadoras. Destaca ainda, à luz das propostas inovadoras, que o “bom” médico será aquele capaz de estudar, refletir e criticar, sem desenvolver uma postura de “adestramento”.

Outras preocupações vêm sendo acrescidas por parte de algumas Escolas Médicas, no sentido de avaliar seus graduandos, ao final de sua formação, quanto às suas habilidades cognitivas, clínicas, psicomotoras e afetivas (Troncon *et al*, 1996, 1998, 1999, 2003. Colares *et al*, 2002), entendendo que a identificação dessas tendências poderá trazer benefícios para o contexto educacional. Além disso, tem-se enfatizado a necessidade do conhecimento acerca das atitudes de estudantes de medicina, frente aos aspectos inerentes à prática médica, considerando que esse

conhecimento possa proporcionar um delineamento sobre esse futuro profissional. Ainda que uma das principais metas da formação médica seja a de preparar seus estudantes para que tenham sólida formação científica, humanista e que desenvolvam atitudes socialmente aceitas, tornam-se imprescindíveis os estudos dessa natureza. (Miller, 1967; Kira e Martins, 1996).

A realidade dos médicos no Brasil hoje é muito bem retratada por Machado (1997). Em um estudo desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz sobre o “Perfil dos médicos no Brasil”, a autora destaca que a população médica da atualidade se constitui, em sua maioria, de pessoas jovens, caracterizando o que denomina “rejuvenescimento do contingente médico”, ou seja, 70% dos médicos entrevistados têm menos de 45 anos de idade, trabalham em sua maioria em zona urbana e possuem em média 2 a 3 empregos. Além disso, houve um aumento considerável do gênero feminino na profissão e também um aumento expressivo da escolaridade dos pais de médicos, reforçando ainda mais a inclusão desses profissionais nas camadas sociais mais privilegiadas sócio e culturalmente.

Machado (1997) descreve que o prestígio social que a Medicina exerce foi conquistado historicamente e socialmente e que este reconhecimento a torna uma profissão de *“alta adesão de seus membros ao projeto profissional”*, ou seja, raramente o curso ou a profissão é abandonada. Existe, por parte dos profissionais, uma alta adesão à vida profissional, que permanece por muitos anos. A autora descreve que *“poucas são as profissões em que o mundo do trabalho se funde e, por vezes, se confunde com o mundo da vida”*. (Machado, 1997, p.24).

Assim, considerando o estudante de Medicina como fazendo parte de um contexto institucional altamente influenciado por determinantes sociais, culturais e socioeconômicos, determinados historicamente, destacamos a importância que assume, durante sua formação, as discussões sobre sua escolha profissional, pois diante das exigências pessoais, sociais e até mesmo institucionais, o estudante muitas vezes se vê em conflito frente a essa escolha.

Neste aspecto, a literatura é vasta no que diz respeito aos fatores ansiogênicos da formação médica, destacando os momentos específicos do curso, onde existe uma probabilidade maior de que os alunos venham a sofrer períodos de grande vulnerabilidade psíquica. Algumas particularidades da medicina contribuem, de certa

forma, para esta perspectiva, visto que a duração do curso é longa, a carga horária extensa e os conteúdos ministrados adquirem uma complexidade crescente, colocando o aluno muitas vezes em conflito com a própria escolha profissional (Milan, 1991; Zimmerman, 1992; Hoirisch, 1992; Milan *et al*, 1999; Radcliffe e Lester, 2003).

Os autores destacam, nestes estudos, que o início do curso médico representa um período de “euforia”, é a “fase do encanto”, dado às idealizações ainda recentes do “ser médico”, que parece confirmar os estereótipos do médico como agente humanitário e onipotente, capaz de salvar vidas e evitar a morte das pessoas.

No entanto, à medida que o curso evolui, e começam a surgir as primeiras dificuldades, e dentre elas, as primeiras notas, o relacionamento com os professores, a carga horária extensa, que impede, de certa forma, a conciliação com atividades de lazer e, a partir do 3º ano, os primeiros contatos com os pacientes, começam, muitas vezes, as primeiras inquietações com a vocação médica.

As manifestações desses conflitos podem ocorrer em função das características individuais de personalidade, de aspectos relacionados à própria Instituição ou ainda em função de questões familiares e socioeconômicas (Milan *et al*, 1999).

Segundo Meleiro (1999), os alunos de medicina representam um grupo homogêneo em termos de habilidades cognitivas e a autora reafirma a necessidade das instituições educativas avaliarem também outros aspectos, como as habilidades psicomotoras, as características de personalidade e de temperamento “*que têm um papel chave na atuação acadêmica, na tolerância ao estresse, na escolha de especialidade, na residência médica, no relacionamento com colegas e na comunicação com pacientes*” (Meleiro, 1999, p.50).

As Escolas Médicas revêem seus currículos, promovem mudanças nos mesmos, valorizam a formação humanista e global do futuro médico, mas torna-se necessário um espaço para a discussão do papel de médico, sob todos os aspectos possíveis, sobretudo o social. Os determinantes sociais que cercam todo o processo da formação médica contribuem significativamente para que muitas das dificuldades enfrentadas pelos alunos assumam proporções maiores.

A sociedade cria muitas expectativas, assumidas ao longo da história da Medicina, em torno do profissional médico, como aquele capaz de obter a cura das doenças e evitar a morte. Muito embora os conceitos de saúde e doença sofram alterações do ponto de vista cultural e social, aliados às características de uma dada realidade populacional, o estereótipo de que o médico é detentor desse poder faz com que a sociedade atribua a esse profissional tamanha responsabilidade e importância, acarretando com isso toda a gama de infortúnios advindos dessa postura.

Dessa forma, torna-se necessário que, durante essa formação, os estudantes possam recorrer, quando necessário, aos serviços de apoio ao universitário, que possuem a função de auxiliar o aluno nesta fase, como uma via de acesso que favoreça ao estudante, um espaço para ajuda e reflexão durante o processo de formação acadêmica.

As vicissitudes apontadas durante a graduação médica nos levam a questionamentos e reflexões sobre as consequências possíveis a respeito da saúde mental do estudante de medicina. A este respeito encontramos nos estudos destacados anteriormente referências sobre a tendência à vulnerabilidade psíquica, em que esses alunos se encontram, principalmente no início dessa formação.

Neste sentido, Muniz e Chazan (1992) salientam que estas dificuldades vivenciadas nos primeiros anos são produto da grande importância dada ao curso, até mesmo do tratamento diferenciado que começam a receber por parte de amigos e familiares. Afirmam ainda que no 2º ano inicia-se o processo de “desidealização” do curso e a partir do 3º ano os alunos começam a se defrontar com os pacientes e as doenças.

Estes aspectos podem tornar-se ansiogênicos, pois segundo Rocco (1992), o estudante de medicina *“não é preparado para a relação humana que vai estabelecer com o desconhecido e as explicações que ouviu do instrutor ou que leu sobre técnicas de abordagem de enfermos não bastam para superar as ansiedades do momento”*. (Rocco, 1992, p.51)

Vale considerar ainda que todo aparato social e cultural que norteia a formação do estudante de medicina pode não estar correspondendo às suas expectativas pessoais, no início dessa formação. Muitas vezes, além de suas dificuldades pessoais, o estudante tem que aprender a lidar com as pressões que o

acometem, tais como: as notas, gerando um clima de competição, o relacionamento com os professores e com os colegas, a procura constante por estágios, monitorias, inserção em ligas e todo um conjunto de atividades intituladas de “currículo paralelo”.

Assim, surge a preocupação com os aspectos emocionais, interferindo na adaptação ao curso médico. Os serviços ou núcleos de apoio ao estudante de medicina podem assumir a função clínica (psicológica ou psicopedagógica) e também produzir estudos que identifiquem precocemente as dificuldades e que sejam propostas estratégias para a minimização dessas dificuldades.

Para Hahn e Ferraz (1998), a preocupação com a saúde mental dos universitários, no início do século, era mais voltada para as questões da saúde física, sendo que o primeiro programa formal de saúde mental para universitários foi desenvolvido em 1910, na Universidade de Princeton, nos Estados Unidos. Nessa época, a preocupação maior era com os alunos que haviam manifestado sintomas psiquiátricos. Na atualidade, o surgimento de serviços de saúde mental para universitários ocorre em função de razões semelhantes frente a algumas manifestações isoladas de comportamentos de alunos, que possam sugerir possíveis distúrbios psiquiátricos e que, muitas vezes, se tornam o estímulo para a criação desses serviços.

No entanto, percebe-se uma tendência de não caracterizar esses serviços apenas em razão de sua função clínico-assistencial, mas visando também o desenvolvimento de estudos que desenvolvam, sobretudo, projetos cuja ênfase se dê na promoção da saúde mental dos universitários.

Nesse sentido é que os serviços de apoio ao universitário têm se preocupado com essas particularidades referentes à adaptação ao curso superior, não apenas no sentido de oferecer terapia de apoio ou reforços sociais, mas também no intuito de produzir estudos que identifiquem precocemente as fontes de tensão e os mecanismos utilizados para enfrentar o estresse. Procura-se com isso, uma melhor adaptação do estudante ao curso, bem como subsidiar mudanças no ensino médico.

Nos estudos levantados são comumente destacadas algumas questões que consideram o curso médico, como um todo que predispõe a comportamentos

estressantes, muito em função do tempo despendido no mesmo ser incompatível com a possibilidade de, por exemplo, ter acesso a atividades de lazer.

O estudo de Folse *et al* (1985), realizado com alunos do 1º ano do curso médico, examinou as atitudes destes frente ao tempo livre e como estas atitudes se relacionavam aos níveis de estresse relatados. Os autores consideraram as atividades de lazer como um valor, em termos de estilo de vida, importante e que está integrado às questões da carreira. Os resultados indicaram que os alunos com atitudes negativas em relação ao lazer foram os que relataram experimentar mais estresse. Levantaram algumas considerações importantes, como é o caso dos alunos que não aprendem a enfrentar o estresse mais cedo e podem se tornar médicos não saudáveis, visto que o estresse no curso médico não diminui consideravelmente na prática profissional futura.

Bjorksten *et al* (1983) identificaram, por meio de uma escala tipo Likert, que os alunos de medicina, comparados com outros de cursos diferentes, queixavam-se mais intensamente de algumas dificuldades relacionadas ao pouco tempo disponível, às situações de aprendizado, à autoconfiança, às relações interpessoais, ao sentir-se distante dos outros e às questões financeiras.

Também Parkerson *et al* (1990) avaliaram, através de questionários, o estado de saúde de quatro classes de alunos de 1º ano de medicina. Relatam ter existido uma piora de todos os parâmetros de saúde avaliados, tanto para homens como para mulheres, durante o 1º ano. No entanto, a alteração mais significativa estatisticamente, para ambos os sexos, foi o aumento dos escores de depressão, com pontuações mais elevadas para as mulheres do que os homens, no período avaliado.

Ainda em relação ao estresse no curso médico, Rathbun (1995) afirma que a forma como os alunos de medicina enfrentam os agentes estressores durante sua formação acadêmica pode ser representativa de como eles lidarão com os estresses pessoais e profissionais futuros. Aponta a estimativa de que 10 a 20% de todos os alunos de medicina que terminam seus estudos, em alguma época, durante suas carreiras profissionais, sofrerão algum distúrbio psiquiátrico tratável.

O estudo desenvolvido por Rathbun (1995) enfatiza ainda que as principais queixas dos alunos de medicina parecem diferir de acordo com o ano que estão cursando. Alunos do 1º ano estão mais preocupados em dominar a quantidade de

material apresentado pelas disciplinas, em se sentirem competentes e em conseguirem controlar seu tempo. Já os alunos de anos subsequentes, envolvem-se mais com as relações interpessoais, têm preocupações com os conceitos de vida e morte e com o aprender a desligar-se do sofrimento, sem, no entanto, tornarem-se desumanos. Este mesmo aluno, ao final de sua formação, tem que se decidir sobre uma especialidade médica.

Cianflone e Fernandez (1993), em estudo junto aos alunos de graduação de uma Faculdade de Medicina do interior do estado de São Paulo, com alunos do 1º ao 6º ano, investigaram as questões referentes à percepção do aluno frente ao ensino e ao aprendizado e as fontes de tensão do curso médico. Consideram os alunos que a passagem do ensino secundário para o superior é brusca, acarretando dificuldades de adaptação e exigindo, às vezes, grandes esforços nesse processo. Algumas fontes de tensão foram identificadas em ordem de prioridade: exigência em provas, carga horária, prova de residência, plantões, opção de especialidade, contato com os colegas, dentre outros.

Levando em conta as considerações anteriores, podemos enfatizar a importância que assume a identificação das tendências dos estudantes de medicina, quanto as suas formas de lidar com o estresse acadêmico, pois alguns estudos mostram que se conhecemos como os estudantes lidam com as dificuldades da vida acadêmica, isto pode de certa forma indicar como eles lidarão com o estresse pessoal e profissional futuros, visto que o estresse na medicina não diminui consideravelmente após o término dessa formação (Cianflone *et al*, 1996; Rathbun, 1995; Folse *et al*, 1885).

Ainda nessa perspectiva destacamos o trabalho desenvolvido por Colares (1999), com estudantes de medicina do 1º ao 3º ano, de uma Faculdade de Medicina do interior do Estado de São Paulo, tendo os seguintes objetivos:

- A construção de um instrumento para medida de atitudes de alunos de medicina frente a algumas fontes de tensão no curso médico;
- A análise das qualidades psicométricas do instrumento;
- A identificação das tendências comportamentais, das crenças, opiniões e sentimentos dos alunos frente aos aspectos abordados no instrumento.

O instrumento para medida de atitudes frente às fontes de tensão no curso médico abrangeu quatro Fatores, que compuseram a versão final com 58 itens, que foram: *1- Aspectos psicológicos e emocionais interferindo na adaptação ao curso médico; 2- A escolha profissional e as características do curso médico; 3- Manifestação de comportamentos anti-sociais e 4- Saúde pessoal e estilo de vida.*

A guisa de conclusão, o estudo evidenciou que em todos os Fatores analisados encontraram-se escores indicativos de tendência a atitudes conflituosas, no entanto, é altamente valorizada a escolha profissional pela medicina, levando a reflexões de que a formação médica não pode estar desvinculada ou ausente dos aspectos que envolvem a adaptação acadêmica do estudante ao curso e à profissão.

O estudo enfatizou ainda a necessidade de se considerar a escolha profissional pela medicina como campo de reflexão durante a formação médica, associada a discussões sobre o papel do médico, o mercado de trabalho, os limites e perspectivas pessoais e também o desenvolvimento de estratégias educacionais durante a graduação médica, que possam contribuir para a formação de atitudes positivas frente à adaptação ao curso médico.

No entanto, algumas considerações tornam-se relevantes frente à perspectiva metodológica adotada no referido estudo. Embora a pesquisa quantitativa possa fornecer dados empíricos precisos, proporcionar a construção de instrumentos para medir construtos hipotéticos como é o caso das atitudes, ao mesmo tempo restringe outras possibilidades de interpretações dos dados. A limitação do método torna-se evidente quando o objeto do conhecimento pretendido diz respeito aos determinantes sociais que permeiam um determinado contexto, com o objetivo de uma investigação científica.

Desta forma, quando consideramos a construção de um instrumento para medida de atitudes frente ao estresse no curso médico (Colares, 1999), reconhecemos a importância instrumental do mesmo, enquanto um possível recurso diagnóstico de uma determinada realidade populacional. É possível através dele obter uma medida que traduza essa tendência, ou uma predisposição à ação, diante dos fatos abordados.

Entretanto, a formação médica envolve conceitos mais abrangentes, como os aspectos sociais e históricos da própria profissão, da instituição em questão, dos

sujeitos envolvidos no processo, denotando uma subjetividade que não é passível de ser captada por uma escala de atitudes.

Nessa perspectiva, consideramos que os estudos referentes à formação médica devem envolver conceitos mais abrangentes, como os aspectos sociais e históricos da própria profissão, da instituição em questão, dos sujeitos sociais envolvidos nesse processo. A inclusão dos determinantes sociais, do histórico a respeito da ascensão social da medicina, o quanto isso interfere nas formas de adaptação ao curso e nas relações interpessoais, requer uma estratégia de investigação mais abrangente e enfocada numa perspectiva diferente da simples relação de causa e efeito.

Assim, descreveremos, a seguir, a importância que vem assumindo nas últimas décadas a teoria das Representações Sociais e sua utilização enquanto referencial teórico metodológico no campo da saúde coletiva e outros segmentos, e que subsidiou nossa compreensão teórica frente às representações sobre a profissão médica.

I.2 - As representações sociais e a profissão médica.

Nas últimas décadas, muitos estudos se valeram do referencial teórico das representações sociais para explicarem situações, fatos do cotidiano, da vida em sociedade, e de suas implicações no contexto sócio político e cultural de uma dada sociedade.

A teoria das representações sociais tem como seu grande idealizador o psicólogo francês Serge Moscovici que, ampliando o conceito de representações coletivas proposto por Durkeim, possibilitou uma análise mais maleável dos acontecimentos sociais, ou seja, a conceituação de Moscovici traz uma flexibilidade maior em contraposição aos conceitos de Durkeim. Para Moscovici (*apud* Jardim, 1996), a teoria de Durkeim perde parte do seu interesse, quando não considera explicitamente a pluralidade dos modos de organização do pensamento, mesmo que sejam todos sociais.

Em seu estudo pioneiro sobre as Representações Sociais da Psicanálise Moscovici denomina as representações sociais como:

“conjuntos dinâmicos, seu status é de uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aqueles e estas, e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior”(Moscovici, 1978, p.50).

Ainda em relação a essa flexibilidade que a teoria psicossociológica das Representações Sociais assume, Moscovici retrata o movimento dialético que a teoria produz uma vez que *“as representações individuais ou sociais fazem com que o mundo seja o que pensamos que ele é ou deve ser. Mostram-no que, a todo instante, alguma coisa ausente se lhe adiciona e alguma coisa presente se modifica”* (Moscovici, 1978, p.59).

Apesar da teoria proposta por Moscovici ter sido inaugurada em 1960, nas últimas décadas tem ocupado espaços significativos no campo da Psicologia Social. Desta forma, várias são as tentativas de pesquisadores nacionais de tornar a teoria das Representações Sociais uma via de acesso que possa conduzir estudos que tenham como foco central de suas investigações as teorias do “senso comum” sobre determinados objetos sociais.

Oliveira e Werba (1999) definem as representações sociais como :

“teorias sobre saberes populares e do senso comum, elaboradas e partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real. Por serem dinâmicas, levam os indivíduos a produzir comportamentos e interações com o meio, ações que, sem dúvida, modificam os dois” (Oliveira e Werba, 1999, p.105).

Sua grande aplicabilidade, segundo os autores, é na busca do conhecimento do modo como grupos humanos constroem um conjunto de saberes,

“que expressam a identidade de um grupo social, as representações que ele forma sobre uma diversidade de objetos, tanto próximos como remotos, e principalmente o conjunto dos códigos culturais que definem, em cada momento histórico, as regras de uma comunidade” (Oliveira e Werba, 1999, p.107).

Ainda segundo os autores, dentre suas principais vantagens, a Teoria das Representações Sociais tem a capacidade de “*descrever, mostrar uma realidade*” sobre a existência de um fenômeno, e dessa forma podermos estudá-lo, compreendê-lo e identificá-lo no contexto social, no qual determinados grupos estão inseridos. Além disso, as Representações Sociais são criadas para “*tornar familiar o não familiar*” (p.108).

Em consonância com Moscovici, Oliveira e Werba (1999) identificaram a importância da Teoria das Representações Sociais, a dimensão dialética que ela comporta. Ao contrário de outras com tendências positivistas e funcionalistas, as Representações Sociais “*não descartam achados conflitantes; pelo contrário, é a possibilidade de trabalhar com as diferenças que enriquece a compreensão do fenômeno investigado, conferindo à teoria das RS uma dimensão dialética*” (p.111).

Muitos são os seguidores da Teoria de Moscovici representados na literatura internacional sobre o tema, tais como Herzlich, Jodelet, Abric, Farr (Tozzi, 1996). Ainda assim, segundo Tozzi, a maior parte dos autores, mesmo não existindo um consenso sobre a natureza exata dos elementos que constituem uma representação, concorda que a representação é “*um universo de conhecimentos, opiniões e atitudes organizados ao redor de uma significação central*”.

No Brasil, a pesquisa realizada por Moscovici foi publicada em 1978. A importância de seu estudo, como um marco na Teoria das Representações Sociais, deve-se ao fato de que o autor estudou como a Psicanálise, enquanto teoria científica complexa, quando é difundida numa determinada cultura “*se transforma ao mesmo tempo em que modifica o social, a visão que as pessoas têm de si e do mundo em que vivem*” (Marcos Alexandre, 2000).

Assim, neste primeiro estudo de Moscovici, o autor mostra como através dos conceitos de Representações Sociais é possível compreender como o “senso comum” “*transforma conteúdos científicos, ou de outros saberes formais, em explicações práticas sobre a realidade social, o homem e a natureza*”, ou ainda, como “*uma teoria científica (no caso a psicanálise) foi assimilada e utilizada pelas pessoas identificadas com explicações baseadas no senso comum*” (Marcos Alexandre, 2000). O caráter inédito do conceito de Representações Sociais, segundo o autor, foi descobrir, no senso comum, o pensamento representativo como mediador de novos

conhecimentos e possível instrumento gerador de ações nas relações sociais.

Spink (1993), dentre os vários autores simpatizantes da teoria, aponta o fato de que a Representação Social pode ser uma noção complexa e a necessidade de se compreender como o pensamento individual influencia o social e como ambos podem se modificar mutuamente. Desta maneira, a autora salienta três aspectos necessários para a compreensão do citado anteriormente :

“1- compreender o impacto que as correntes de pensamento veiculadas em determinadas sociedades têm na elaboração das Representações sociais em diferentes grupos sociais ou de indivíduos definidos em função de sua pertença a grupos:

2- entender os processos constitutivos das Representações Sociais e a eficácia destas para o funcionamento social. Entender portanto: a) o papel das representações na orientação dos comportamentos e na comunicação; b) sua força enquanto sistema cognitivo de acolhimento de novas informações;

3- entender o papel das Representações Sociais nas mudanças e transformações sociais, no que diz respeito à constituição de um pensamento social compartilhado ou à transformação das representações sob o impacto das forças sociais” (Spink,1993. P.89).

Minayo (1999) refere-se às Representações Sociais como

“fruto da vivência das contradições que permeiam o dia a dia das classes sociais e sua expressão marca o entendimento delas com seus pares, seus contrários e com as instituições. Com o senso comum os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos” (p.173).

Face às considerações apontadas anteriormente, a respeito do nascimento das Representações Sociais como uma teoria que incorpora conceitos da Psicologia e Sociologia, é notório o reconhecimento às contribuições que a referida teoria tem suscitado em diversas áreas do conhecimento. Esse referencial tem sustentado e

embasado teoricamente a geração de conhecimentos na área da saúde, mais precisamente nos estudos que envolvem a saúde e a doença.

Minayo (1999), aderindo as reflexões de Mauss e Levi-Straus, mostra que:

“uma representação tal como a de saúde/doença, manifesta-se de forma específica as concepções de uma sociedade como um todo. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social”. (Minayo, 1999, p.176)

Neste sentido, valendo-se da importância das ciências sociais, Minayo (1999) considera que *“a linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais”* (p.177). Assim, segundo a autora, se o binômio saúde-doença revela a realidade social na qual foi construído, para que possamos entender essa representação em nosso contexto é necessária uma visão mais abrangente em relação ao aspecto econômico, político e cultural no qual vivemos.

Desta forma, podemos inferir a importância e legitimidade da Teoria das Representações Sociais no campo da Saúde. Vários estudos têm demonstrado que a representação de saúde doença, em diferentes camadas populacionais, em variados campos da saúde, podem subsidiar uma compreensão mais apurada das condições socio-econômico-culturais, que permeiam essa compreensão e que fornecem aos vários segmentos da saúde uma perspectiva de atuação nessa área, buscando considerar as especificidades culturais das diversas camadas populacionais. Nesta linha de pensamento, destacamos os estudos de Spink (1993, 2000, 2001, 2002a, 2002b) Carvalheiro (2002); Joffe (2002); Gomes *et al* (2002); Aguirre e Urbina (1997); Courtial (1999); Stacciarini *et al* (1999); Schulze (1999); Queiroz (2000); Cardoso e Gomes (2000); Soares (2001); Lacerda *et al* (2002); Gomes *et al* (2002); Bagnato e Cocco (2002); Jovchelovitch (2002); Farr (2002).

Diante do exposto, retornaremos às questões iniciais destacadas sobre a profissão médica. Segundo Minayo (1999), o médico é o intelectual orgânico da classe dominante e hegemônico no campo da saúde, ou seja, *“através de relações e de instituições legitimadoras de seus atos e discursos, dentro de um esquema*

corporativo, o profissional médico reproduz de forma contraditória as concepções sobre o corpo, sobre saúde/doença, sobre a vida e a morte” (p.180).

Neste sentido, destacamos a visão de Minayo (1991) quando se refere a um “desafio sociológico para a educação médica”. A autora, reportando-se aos conceitos de representações sociais da saúde-doença, faz uma análise da importância do referencial sociológico e sua ampliação no contexto médico. Justifica sua posição no sentido de que, em função de sua experiência pessoal em cursos de pós-graduação em “saúde coletiva”, identifica a ausência nos currículos de graduação de uma *“abordagem mais totalizante relativa ao conjunto do que configura o saber médico”*, sem, no entanto, desconsiderar que a formação médica tem uma lógica coerente com o próprio sistema social em que estes profissionais estão inseridos.

Desta maneira, voltaremos nosso interesse a esse profissional da saúde, ao médico. As razões apontadas inicialmente para a escolha da profissão médica parecem estar associadas ao altruísmo, que se configura no desejo de ajudar ao próximo, na diversidade de escolhas que a medicina proporciona, ou seja, num vasto campo de atuação, da perspectiva do trabalho liberal, etc (Schaiber, 1993; Cianflone, 1996; Cianflone e Fernandez, 1993; Cianflone e Figueiredo, 1993; Colares, 1999, Colares, 2002; Cianflone *et al*, 2002)

Sem dúvida, as razões mais comumente apontadas parecem indicar uma grande influência do prestígio e status que a profissão adquiriu ao longo de sua história. No campo das representações sociais, destacamos, assim, a sua pertinência enquanto referencial teórico metodológico, para subsidiar o conhecimento acerca da escolha profissional, considerando a importância do aparato cultural, histórico e social que permeia essa escolha.

Conforme já citado, a escolha de uma carreira, como a medicina, traz ao longo da trajetória acadêmica desse estudante, uma infinidade de situações a serem elucidadas e trabalhadas durante a formação desse profissional.

A medicina é, sobretudo, uma profissão de ação social, que conduz inevitavelmente seus membros a uma reflexão mais crítica e aprofundada a respeito da realidade política, econômica e social, onde os futuros profissionais estarão inseridos após sua formação. Desta forma, a profissão médica adquiriu um espaço

considerado de hegemonia e prestígio, cujas representações formadas sobre o “ser médico” parecem estar voltadas ao caráter social da mesma.

A reflexão sobre o tipo de médico que se pretende ser tem ocupado timidamente os espaços institucionais acadêmicos, transformando-se assim em discussões muito presentes nos órgãos e fóruns representativos da Educação Médica no país (Cassorla, 1980; 1994; Marcondes, 1998; Blasco, 2002)

O espaço institucional nas Faculdades de Medicina para que essas discussões possam gerar ações mais reflexivas, por parte dos futuros profissionais, tem sido muitas vezes objeto de estudo de segmentos voltados à formação do estudante universitário. Os estudantes ao ingressarem no curso médico já trazem consigo sua própria história, conceitos e estereótipos da profissão médica e com isso muitas vezes se surpreendem com a realidade do início dessa formação, bem diferente de suas representações iniciais.

A vida acadêmica e os contatos com os alunos dos vários anos da graduação médica mobilizam, muitas vezes, conflitos nessas representações do “ser médico”, trazendo com isso algumas dificuldades no delineamento desse perfil profissional.

Desta forma, compartilhamos com Veloz (1999): *“as representações sociais são produzidas pelas interações e comunicações dos grupos sociais, refletindo a situação dos indivíduos no que diz respeito aos assuntos que são objeto do seu cotidiano”*.

Além disso, as interações entre os grupos sociais, podem modificar as representações que os membros formam de si próprios, de seu grupo social, de outros possíveis grupos e membros (Abrie, *apud* Oliveira, Sá, 2001).

Encontramos estudos na literatura com estudantes universitários que se valeram do referencial teórico das representações sociais, tais como as razões pela escolha profissional da medicina (Ignarra, 2002; Cianflone, 1993, 2002) assim como de outras áreas do conhecimento .

No geral, os estudos dessa natureza destacam o caráter psicossocial envolvido nas escolhas profissionais que ocorrem muitas vezes determinadas por estereótipos sobre a profissão escolhida, além de um desconhecimento das necessidades e características essenciais para o exercício profissional.

Desta maneira, como salienta Queiroz (2000), o estudo das representações sociais *“necessita de uma abordagem compreensiva, que percebe o ator social como um agente que interpreta o mundo a sua volta com uma atitude que contém intenções e portanto, um projeto de ação”* (Queiroz, 2000, p.365). Assim, através dos estudos com ênfase nesse referencial é possível que o indivíduo se oriente numa visão de mundo compatível com o universo social onde se insere e que permita orientá-lo em projetos de ação e estratégias a serem desenvolvidas em seu meio social.

A representação social deve ser vista como uma *“reconstrução do dado em um contexto de valores, reações, regras, com o qual se torna solidário”* (Leme et al, 1989, p.30). Sendo assim, os estudantes universitários, enquanto um grupo social em desenvolvimento profissional, teorizando sobre sua formação, formam uma concepção de vida que orienta suas ações individuais e coletivas.

Desta forma, o campo das representações sociais, que estudantes de medicina tem sobre a profissão médica, é o objeto central da presente investigação e o objetivo ao qual nos propomos inicialmente é o de investigar as representações desses estudantes no início de sua formação médica, sobre a sua escolha profissional, as dificuldades vivenciadas e o perfil que têm de um bom médico.

Assim, optamos por considerar a prática do trabalho grupal com estudantes de medicina como um meio apropriado de se conduzir uma investigação científica de abordagem qualitativa, no sentido de buscar uma compreensão mais abrangente sobre o significado que os participantes desses grupos atribuem à sua formação acadêmica e ao papel de “ser médico”. Serão descritas a seguir, algumas abordagens de trabalho grupal e sua importância e utilização em contextos universitários, com estudantes de Medicina.

1.3- A práxis grupal em contextos institucionais

Desde os primórdios da civilização o homem se agrupa não apenas para defender-se dos perigos naturais, mas para instrumentar seu domínio e poder sobre grupos rivais. Assim, o elemento essencial para as primeiras experiências grupais ao longo da evolução humana, foi a “solidariedade” (Osório, 2000). Dessa forma,

“Para enfrentar ameaças externas, sejam elas provindas da natureza ou de outros seres humanos na disputa pela sobrevivência, o grupo primordial – representado pela família nuclear e por suas extensões subseqüentes – desenvolveu sentimentos de lealdade e mecanismos de mútua proteção. Se a rivalidade balizava a relação entre famílias e tribos distintas, no seio de um mesmo agrupamento humano, predominava o elemento solidariedade, enquanto persistisse a ameaça externa”. (Osório, 2000, p.10)

Do ponto de vista epistemológico, para um conjunto de pessoas ser definido como grupo é necessário que possuam objetivos compartilhados. Ocorrem aí as interações entre os membros para a concretização de um objetivo comum. Assim, grupo seria um *“conjunto de pessoas em uma ação interativa com objetivos compartilhados”* (Osório, 2000, p.11). Para que um aglomerado de pessoas se constitua em grupo é necessário, portanto, a ação interativa entre seus membros, a existência de um aspecto relacional.

No entanto, os grupos se transformam ao longo de sua trajetória e observa-se um paradoxo, o afastamento gradativo dos objetivos originais do grupo à medida que vai ocorrendo seu processo de institucionalização. Assim, dentro de uma perspectiva psicossociológica, Lapassade (1974) afirma a necessidade de admitirmos e conhecermos o conjunto da contextura institucional da sociedade em questão, se quisermos analisar o que se passa dentro de um grupo, do ponto de vista “natural”, “artificial”, pedagógico ou experimental.

Dessa maneira, nas instituições contemporâneas (hospitais, escolas, estados), os grupos surgem inicialmente com propósitos assistenciais, mas ao longo de sua evolução passam gradativamente a priorizar as necessidades de seus dirigentes e funcionários em detrimento do bem estar dos integrantes do grupo. Assim,

“Quando um grupo institucionaliza-se, privilegiando a manutenção de estados de poder e a serviço do culto ao narcisismo de seus componentes, além de desviar-se de seus objetivos originais, esclerosa-se, perde vitalidade e mesmo que não venha a desaparecer por inteiro, sofre um lento, insidioso e gradativo processo de degradação” (Osório, 2003, p.12)

Apesar de existirem indícios teóricos sobre a perspectiva de que o processo de institucionalização possa ser prejudicial, Osório sustenta que a instituição, seja ela família, sociedade, escola, é o arcabouço, “o esqueleto do corpo comunitário”.

“No entanto, as instituições, como os seres humanos, adoecem. E a doença institucional instala-se a partir do momento em que passa ela a operar como mero instrumento para o exercício do poder e para servir aos interesses narcísicos de seus membros” (Osório, 2003, p.12).

Segundo Lapassade (1977), apesar de vivermos constantemente em grupos, não tomamos consciência necessariamente das “leis” que regem o funcionamento interno de um grupo, como por exemplo, as tarefas concretas comuns, o sistema de participação, um sistema de direção, enfim o conjunto de regras que regem o funcionamento do grupo. A análise de todo esse processo foi classificada por Kurt Lewin (*apud* Lapassade) de “dinâmica de grupo”.

Para os teóricos e adeptos do trabalho grupal, torna-se necessário preliminarmente todo o conhecimento a respeito do funcionamento da estrutura que norteia o grupo que se pretende estudar ou intervir.

Assim, assumindo a perspectiva psicossociológica, Lapassade (1977) considera que toda ação, toda intervenção desenvolvida nos grupos, dentro de uma organização social, deve ter como horizonte último e verdadeiro, dentro dos seus objetivos, a auto-gestão dos grupos, da sociedade em seu conjunto. Dessa forma, *“a auto-gestão social supõe, desde que se queira evitar a burocratização, um refinamento constante dos métodos de decisão coletiva ao nível dos comitês de gestão, dos sistemas reguladores”* (Lapassade, 1977, p.87).

Assim, trabalhar com grupos implica no conhecimento de sua dinâmica, cujo propósito final é a auto-gestão social. *“O psicossociólogo prático considera-se sempre como a serviço de todos os grupos, e não de um grupo entre os grupos”*.

Dessa forma, o facilitador grupal, com ênfase na psicossociologia é aquele que tem por objetivo “cuidar” de um grupo, ele não o faz, se tornando instrumento de manipulação da Instituição que o contrata. Ao contrário, se aceita tornar-se instrumento manipulador, paga o preço de renunciar a tudo que fundamenta a prática psicossociológica.

Não obstante, Lapassade (1977) não considera que a psicossociologia possa substituir teorias antigas revolucionárias e nem tão pouco nega a ambigüidade que o psicossociólogo vive, no uso de suas teorias, nos contextos institucionais, onde existem lutas de poder constantes. Mas ele aponta para o fato de que o pressuposto teórico que norteia a prática para o desenvolvimento de uma práxis grupal, com destino a auto-gestão, desenvolvida pelos psicossociólogos, deve ser aquela que auxilia o grupo na superação dos conflitos e das alienações que marcam a sociedade atual.

A essência portanto da intervenção, segundo a perspectiva psicossociológica é a não diretividade do grupo, ou seja, *“os psicossociólogos deveriam estar prontos a aceitar todos os compromissos, mas sem comprometer-se: tal é a essência da não diretividade”* (Lapassade, 1977, p. 95)

Ainda Lapassade (1977), ao retomar a questão dos grupos, introduz o termo “dialética”, que é entendida e justificada por uma lógica do inacabado, de uma ação que “sempre recomeça”. Dessa forma, o grupo, na perspectiva dialética, é considerado como aquele que exclui sua própria maturidade, ou seja, a dialética nesse sentido é representada como um movimento sempre inacabado dos grupos.

Hegel, em *A Fenomenologia do espírito*, é quem desenvolveu os conceitos que deram origem a dialética dos grupos. Estes conceitos foram posteriormente retomados e desenvolvidos por Sartre na *Crítica da Razão Dialética*. A Lapassade coube a difusão e aplicação de tais conceitos no contexto de uma revisão da “dinâmica de grupo” proposta por Kurt Lewin, daí resultando o movimento denominado de “Análise Institucional”. Nesse sentido, para compreender o movimento dialético dos grupos, é necessário recorrer ao conceito de serialidade. Ao pensarmos, como aponta Lapassade (1977), em uma fila de espera para pegar um ônibus, podemos entender a ordem das pessoas da fila, como uma “série”, que posteriormente origina o conceito de serialidade. A décima pessoa da fila, por exemplo, que vai pegar um ônibus indica um número de ordem, mas não existe integração entre essas pessoas. Quando o grupo se constitui, ocorre uma tensão entre esses dois pólos extremos: a serialidade e a totalização.

Essa tensão criada é que dará origem à dialética do grupo, ou seja, existe uma luta, uma necessidade sempre presente de voltar a serialidade. O grupo verdadeiro,

portanto, nasce da fusão da serialidade, o grupo é o inverso da serialidade, visto sob uma perspectiva dialética, ele se forma no interior e por meio da fusão da serialidade.

Assim,

“Um grupo só é verdadeiramente tal se for fundado, de maneira permanente, ao mesmo tempo na autogestão, ou na autodeterminação e na autocrítica, ou na auto-análise. A hetero-gestão destrói o grupo e provoca o retorno da serialidade. A dialética do grupo tem por objetivo explorar essa alternativa”. (Lapassade, 1977, p.229)

Os conceitos aqui apresentados nos auxiliam a compreender possivelmente, como podemos entender e olhar para a práxis grupal segundo uma perspectiva dialética, principalmente quando a mesma ocorre em contextos institucionais. A esse respeito, podemos elucidar que a atividade grupal possui suas especificidades em cada contexto no qual é vivenciada. As práticas grupais portanto podem ser desenvolvidas com objetivos terapêuticos, educacionais ou institucionais.

A esse respeito Osório (2000; 2003) as define da seguinte maneira:

- a) grupos com objetivos terapêuticos: têm por objetivo principal a intervenção terapêutica a grupos homogêneos ou heterogêneos (em relação a faixa etária, psicopatologias);
- b) grupos com objetivos educacionais: dizem respeito a grupos que têm por objetivo o ensino, sob a forma de trabalho supervisionado (os mais jovens sendo supervisionados pelos mais velhos)
- c) grupos com objetivos institucionais: possuem sua ênfase na gestão dos negócios da empresa e na interação entre seus componentes.

Os grupos cujos objetivos centralizam-se mais no aspecto educacional, surgem como técnicas para subsidiar contextos educacionais, quanto às dificuldades que possam estar impedindo os grupos de realizarem suas “tarefas”, seja de ensino, de aprendizagem, de trabalho, etc (Coronel, 1997),

Dessa forma, destacamos aqui, a prática do trabalho grupal com estudantes de medicina, que tem sido apontada como instrumento didático, em algumas disciplinas, principalmente nas de Psicologia Médica, onde através destas técnicas é possível, dentre outros objetivos, facilitar e aprimorar discussões sobre a identidade médica (Osório, 1989).

A este respeito, Zimmermam (1992) considera que “*a identidade do indivíduo forma-se a partir de identificações com figuras importantes de sua vida e com a assunção de papéis (tanto os espontâneos como os que lhe são designados, ou os que imagina que os outros esperam dele)*” (Zimmerman, 1992, p.66).

Os grupos, no contexto da formação médica, assumem uma característica de técnica de ensino, além de oferecer aos estudantes de medicina um espaço para elaborar suas emoções, que às vezes dificultam o processo ensino-aprendizagem, como salientam Muniz e Chazan (1992).

Os autores desenvolveram grupos de reflexão com os alunos de medicina, sem caráter terapêutico, destacando as experiências quanto às expectativas nos primeiros contatos com a profissão. Revelaram que os grupos permitem a expressão de sentimentos recalcados, proporcionando aos alunos a oportunidade de refletirem sobre seus próprios sentimentos. Além disso, o grupo facilita “*a coesão dos alunos entre si, como também, e principalmente, a elaboração de situações conflituosas no aprendizado da Medicina*” (Muniz e Chazan, 1992, p.41).

Pedrosa (1992) descreve o trabalho com doutorandos e residentes médicos, através dos *grupos Balint*. O objetivo desses grupos, de referencial psicanalítico, é proporcionar aos profissionais e estudantes, o entendimento e a superação de dificuldades encontradas na prática médica. Michael Balint, o idealizador desses grupos, considerava que a formação psicológica do médico era essencial e toda a atenção do autor era voltada à ação do médico sobre o paciente. Os *grupos Balint*, portanto, promovem discussões de casos clínicos buscando a compreensão acerca de como a intervenção ocorreu e das dificuldades vivenciadas durante esse processo.

Zimmermam (1989), no campo do ensino médico, descreve sua experiência com grupos de estudantes, salientando que o objetivo comum dessa atividade é a formação de uma identidade médica definida e integrada. O autor refere a necessidade de se trabalhar com “*atitudes médicas*” uma vez que estes aspectos não conseguem ser trabalhados pelas técnicas formais de ensino.

Zimmermam (1989) desenvolveu programas de educação médica continuada e destaca vários objetivos que justificariam essa atividade, dentre eles a desmistificação da “*onipotência da medicina e do médico mito que se alicerçou no fato dos médicos serem herdeiros históricos dos sacerdotes e feiticeiros, senhores da*

vida e da morte”. (Zimmerman, 1989, p.350) Destaca ainda que os grupos têm o objetivo de proporcionar discussões, não apenas no âmbito da relação médico-paciente, mas também de uma reflexão sobre a motivação para a escolha profissional, do tipo de formação médica que recebe e com relação ao tipo de médico que quer ser, que pode ser e que esperam que ele seja.

Todos estes aspectos, inerentes à formação médica acima citados, quando discutidos em termos grupais, parecem favorecer a questionamentos importantes, onde os vários componentes do grupo têm a chance de compartilhar suas angústias, medos e incertezas, em torno de situações que são comuns a todos, levando a reflexões mais positivas, de que o trabalho grupal pode ser um dos caminhos para a formação ou mudança de atitudes desses futuros profissionais, compatível com a realidade social de que fazem parte.

Desta forma, as práticas grupais parecem ser eficazes enquanto instrumento didático pedagógico, contribuindo para uma reflexão mais consciente da formação médica. Assim, podem mobilizar a exteriorização de sentimentos reprimidos, frente às dificuldades de relacionamento interpessoal, sobretudo na relação com o paciente. Entretanto, os estudos citados trabalham com as percepções individuais, manifestadas em um ambiente grupal. A ênfase na relação grupal parece não ser muito destacada, pois seria possivelmente contrária aos objetivos propostos.

No entanto, apontamos outras formas de abordagens grupais que corresponderiam, ao nosso ver, a uma importância mais acentuada no contexto grupal, além de proporcionar uma vivência do papel relacionado ao “ser médico”.

1.4- O Psicodrama e o Sociodrama Educacional: Conceitos e Aplicações

Historicamente, em relação ao surgimento do Psicodrama no Brasil, é importante destacar sua ligação forte com as questões sociais que marcavam a década de 60, decorrentes do capitalismo monopolista internacional. No dizer de Cesarino (1999), a industrialização no Brasil, sob a hegemonia do capital estrangeiro, provocava a urbanização acelerada, onde havia o rompimento de laços sociais tradicionais, mudança de valores, de lugares, de moradias, transformação dos vínculos de trabalho.

Essas mudanças por sua vez provocavam expectativa de sucesso profissional e se desenvolvia então a competição, o individualismo e a sua preocupação com o social, a coletividade passou a ser secundária, tendo como foco central a preocupação com o próprio bem estar, com a família e a busca de soluções individualistas para os problemas. (Cesarino, 1999)

Ainda segundo o autor, nesse panorama o psicodrama surge como um instrumento potencial voltado para as questões sociais, para as relações interpessoais nos grupos, reconhecendo na compreensão dos conflitos grupais uma especificidade histórica, cultural, social e política.

Assim, o Psicodrama criado por Jacob Levi Moreno, destaca três conceitos primordiais: espontaneidade, criatividade e papel social. Através da teoria psicodramática é possível facilitar a liberação da espontaneidade do indivíduo. Em outras palavras, ser espontâneo é lutar contra as conservas culturais, fazendo com que as pessoas possam se relacionar e expressarem-se sem preconceitos e sem sentirem-se presas a valores culturais predominantes. (Garrido Martim, 1984).

A noção de papel está relacionada ao fato de que, para viver em sociedade, os indivíduos precisam se adaptar a certas normas de convivência social e muitas vezes é necessário que se adote um determinado papel. *“Às vezes o indivíduo pode escolher o seu papel, outras vezes tem que aceitar o que lhe é imposto; num e noutro caso, porém, a sociedade lhe exige uma conduta de acordo com esses papéis”*.(Martim, 1984, p.212)

Para Moreno (1992), *“todo o indivíduo é caracterizado por certo leque de papéis que domina seu comportamento e de que toda cultura é caracterizada por certo conjunto de papéis imposto, com grau variado de sucesso, a seus membros.”* (p.189).

Garcia (1989), em suas considerações sobre o Psicodrama, ressalta que o desejo do convívio grupal está contido em todo ser humano, desde o seu nascimento, num movimento dialético de luta por uma individuação e ao mesmo tempo por um desejo de pertencer a grupos, de ser aceito, identificando assim dois pólos, *“nossa identidade individual e a necessidade de amor, de pertencença”* (Garcia, 1989, p.213).

Na evolução histórica acerca do fenômeno grupal, encontramos na teoria sociodramática de Moreno um método cuja ênfase é colocada nas relações interpessoais, que ocorrem entre os indivíduos pertencentes a determinados contextos institucionais. Historicamente o sociodrama foi desenvolvido durante e depois da segunda guerra mundial, com o objetivo de fortalecer as relações vivenciadas por grupos da sociedade pós-guerra (Kellerman, 1998).

O sociodrama na concepção moreniana é definido como um método de ação que trata das relações intergrupais e ideologias coletivas. Assim, “*o sociodrama baseia-se na suposição tácita de que o grupo formado pelo público já está organizado pelos papéis sociais e culturais que, até certo ponto, todos os membros da mesma cultura partilham*” (Moreno, 1992, p.188).

O objetivo principal da abordagem é a catarse social, é a mudança de atitudes, de princípios conservadores, do produto de papéis assumidos cultural e socialmente, a posturas mais críticas e reflexivas sobre estes papéis. Segundo Naffah Neto (1979), o sociodrama “*parte dos conflitos sociais, tal qual objetivados enquanto eventos reais, e convida cada um dos seus agentes potenciais a vivê-los na própria pele*” (Naffah Neto, 1979, p.239).

Kellerman (1998) aborda a diferença existente entre o psicodrama que enfoca a dinâmica individual e o sociodrama, que tem como objetivo “*a investigação social e a transformação de conflitos intergrupais*” (Kellerman, 1998, p.53). Assim, subsidiado pelos conceitos da sociologia, psicologia social e da antropologia, em relação aos conflitos intergrupais, o sociodramatista “*procura compreender o comportamento social humano em geral e observa o grupo como um todo*” (Kellerman, 1998, p.55); ou ainda “*tenta re-criar e investigar alguns processos universais de percepção interpessoal, inclusive a rotulação estereotipada e a atribuição de características*”. (p.64).

Para Naffah Neto (1979), o sociodrama se traduz numa possibilidade de “*revolucionar as atitudes, de sacudir os comodismos e de fazer emergir o sujeito humano, enquanto consciência prática de sua posição no mundo*” (Naffah Neto, 1979, p.240).

Ramalho *et al* (1998), quanto a socionomia, destacam, á luz da visão moreniana, que os processos de individuação sofrem as influências de forças

histórico-culturais e que a pesquisa sacionômica deve levar isso em conta, contribuindo muitas vezes para a quebra de “grilhões”, postulados ideológicos ou idéias pré-fabricadas.

Assim, consideramos relevante destacar a aplicação das estratégias psico e sociodramáticas no ensino como também em instituições educacionais em geral. Romaña (1987, 1992, 1996, 1999) é uma das autoras que desenvolveu a utilização do método psicodramático voltado à educação, o Psicodrama Pedagógico, que a autora denomina como Método Educacional Psicodramático. A esta metodologia posteriormente foi agregada uma visão fenomenológica de mundo e uma prática pedagógica dialética. Surge então na década de 60, o Psicodrama Pedagógico, cujo aspecto mais relevante é o fato de aproximar o saber adquirido da experiência vivida e vive-versa.

Segundo Romaña, a didática sociopsicodramática permite que o conhecimento seja adquirido mediante um esforço intelectual, sustentado por um compromisso afetivo, vivido e memorizado através de sensações corporais. O conhecimento, portanto, acaba se tornando uma conquista coletiva compartilhada.

Considerando as questões apontadas anteriormente, destacamos o psicodrama pedagógico como um método de ação em contextos educacionais e salientamos sua importância enquanto instrumento didático, utilizado em contextos universitários, conforme relata Rosinha (1999). A autora destaca que a utilização das práticas psicodramáticas na atividade docente, pode ser um agente didático facilitador do processo de aprendizagem na universidade, considerando o resgate do lúdico como um fator importante no ensino de adultos. Para Rosinha (1999), nascemos com uma quantidade grande de espontaneidade que, ao longo de nossa educação cultural, vamos sendo cerceados em sua expressão. Por consequência, pode ser dificultado o desenvolvimento de relações saudáveis no meio que nos cerca, limitando com isso o processo de aprendizagem.

Assim, vivemos

“ o desafio de resgataremos nossa espontaneidade e criatividade, sendo recriadores das relações sociais, instituintes de “novos combinados”, criadores de novos modos de vida, criadores de

Cultura, de uma nova comunicação, de uma nova cidadania, de um outro olhar” (Marino, 1999,p.90).

Para a autora, a sala de aula é um pequeno grupo social que *“mediatiza uma rotina, com hora de entrada e saída, formas de trabalho e de relação, comportamentos aceitos e valorizados, ou rejeitados e punidos, conhecimentos considerados verdadeiros ou não”* (p.91). A autora propõe que um coordenador de grupo, como facilitador da aprendizagem, deve, além de “cuidar” do grupo, procurar criar condições para que o mesmo torne-se cooperativo e operativo, e considera para isso os seguintes aspectos:

- ♦ Construir um contrato coletivo com o grupo levando em conta a Proposta do grupo, os aspectos organizacionais e éticos da vida em comum;
- ♦ Todos devem participar de um processo de avaliação contínua, que contemple a Proposta, a produção coletiva, o processo grupal, o desempenho do coordenador e da autoavaliação de todos os envolvidos;
- ♦ A valorização da experiência de todos, diante dos conteúdos que estão sendo trabalhados;
- ♦ A adequabilidade de ser mais ou menos diretivo, promovendo espaço para os temas emergentes (de conteúdo ou do processo grupal);
- ♦ O assumir-se como membro do grupo, apesar do papel diferenciado, mas ter presente que está sujeito aos fenômenos de identificação, transferência e projeção, em relação a si mesmo e em relação ao conjunto, para quebrar os rótulos estereotipados dos papéis psicológicos atribuídos.
- ♦ Comprometer-se com o aprimoramento contínuo quanto à sua formação teórica, técnica e relacional.

Ainda nessa linha de pensamento, encontramos o trabalho proposto por Bello (1999) utilizando-se do Psicodrama Pedagógico em uma instituição de ensino universitário. Em relação a esse contexto, a autora descreve que os grupos universitários sentem falta de um espaço que permita refletir sobre a aprendizagem, sobre o próprio grupo, sobre a relação do grupo com a instituição e sobre o papel

profissional em desenvolvimento. Além disso, ressalta a importância do Psicodrama Pedagógico enquanto um método que permite o diagnóstico grupal e a intervenção simultânea. Nesse sentido, considera que, no trabalho a nível sociodramático, o grupo sempre é o protagonista, podendo centralizar-se algumas vezes também em um protagonista individual.

A autora apresenta algumas contribuições que o Psicodrama Pedagógico pode assumir no campo da intervenção, tais como:

- ◆ a intervenção em situações grupais de conflito;
- ◆ criar um espaço de reflexão dentro da aprendizagem;
- ◆ o espaço de reflexão pode ocorrer não somente no nível racional, mas também com as emoções, os sentimentos, as sensações corporais e a ação;
- ◆ o espaço dramático funciona como uma metáfora do espaço de reflexão que se oferece no grupo;
- ◆ o trabalho com cenas e imagens permite abordar os conteúdos grupais de tal forma que a própria investigação permite a possibilidade de elaboração e de mudanças.

Assim, o psicodrama aparece na literatura como muito utilizado na área educacional. Os estudos já realizados enfocam a abrangência do método em todos os níveis de ensino: fundamental, médio e superior. Destacamos alguns estudos que se valeram do referencial psicodramático aplicado a contextos de saúde, educação, e também trabalhos com comunidades: Andrade (1986, 1988, 1990, 1991, 1996, 1997, 1999a, 1999b, 2000, 2001a, 2001b); Andrade *et al* (1996); Beretta (2000a; 2000b); Beretta e Andrade (2001, 2002); Borsato (2000); Lima (2001); Almeida (1999); Alves e Andrade (1996); Jacques *et al* (1998); Fonseca (1999); Pasqualim (1998); Russo (1996).

Desta forma, o Sociodrama Educacional destaca-se enquanto um procedimento vivencial voltado para o grupo como um todo, sendo utilizado com o objetivo de investigação social e a transformação de conflitos intergrupais (Kellerman, 1998).

Segundo Souza e Araújo (1999), o emprego do sociodrama têm ocorrido tanto na área da saúde como na educação e, independente de qual é o campo de atuação, a questão central destacada consiste na exteriorização do que se oculta nas relações e faz adoecer o social, buscando assim respostas mais saudáveis aos conflitos sociais. Assim, *“na visão moreniana, ao se constituir um grupo gera-se um novo eu, que é parte de todos e ao mesmo tempo uma nova identidade, a qual absorve a cultura comum e pode, com melhores chances, penetrar a própria realidade, transfigurando-a”*. (Souza e Araújo, 1999, p.104)

Desta forma, quando os conflitos são trazidos no grupo, eles são re-criados, encenados e “vividos” e, nesse sentido, os participantes atuam nesse espaço que pode ser considerado como pedagógico e profilático, onde todos colocam sua subjetividade em um jogo de interação micro-social, bastante próximo da realidade (Hamann, 1999).

Na educação, ou em outras áreas do conhecimento, a contribuição do sociodrama ou psicodrama pedagógico vai muito além do resgate da criatividade e espontaneidade, ou seja, pode ocorrer a promoção de práticas através de dinâmicas interativas e intersubjetivas em que a ação-expressão e a sensação podem estar presentes simultaneamente, assim como os conteúdos racionais e afetivos. Assim,

“O sujeito educando é simultaneamente leitor e escritor, ele sente e expressa. É ele que constrói o significado durante o processo, utilizando a experiência e o aprendizado prévios, para encontrar um sentido. Suas metas no processo sempre são de dupla direção, isto é, busca-se tanto a compreensão do significado como a expressão do mesmo, não existindo hierarquias de sub-habilidades nem seqüências universais. É justamente esse aspecto do sociodrama pedagógico que constitui uma subversão das práticas clássicas, pelo menos com respeito ao método”(Hamann, 1999, p.115).

As relações inter e intragrupais constituem assim um campo de investigação em ascendência e na perspectiva sociodramática observa-se alguns pontos de reflexão pertinentes ao objeto central do presente estudo, que considera as relações interpessoais entre estudantes de medicina e suas interferências na adaptação ao

curso médico, como fonte de investigação necessária e não desvinculada das questões sociais, culturais e econômicas que permeiam a história da Medicina.

A respeito do sociodrama e da utilização do mesmo no contexto da formação médica, D'Andréa (1974, 1985) reconhece a finalidade da técnica como um meio de resolução de problemas grupais, proporcionando caminhos para uma “catarse social”, onde *“cada homem é um ator caracterizado por uma variedade de papéis que comandam seu comportamento e cada cultura se caracteriza por uma série que impõe com maior ou menor êxito aos seus membros”* (p.35). Desta forma, o autor reconhece o sociodrama como uma técnica diagnóstica para intervir no estudo acerca da hostilidade entre grupos.

Em relação à utilização das técnicas sociodramáticas no contexto da formação médica, Kaufman (1992) aborda as vantagens do método nos vários contextos acadêmicos, do papel do “ser médico” à relação médico paciente; a possibilidade de estabelecer um diagnóstico institucional e propostas profiláticas frente a inadaptação identificada por parte dos estudantes em relação à Faculdade, proporcionando o rompimento de *“reputações cristalizadas e/ou estigmatizantes atribuídas pelo grupo a determinado companheiro”*, permite o aprendizado do trabalho em grupo; e a explicitação dos conflitos de papéis através de *role playing*.

Assim, uma forma de resgatar a espontaneidade segundo a abordagem sociodramática, é a estratégia da interpretação lúdica de papéis (*role playing*). Kaufman (1991) descreve que o principal objetivo do *role playing* é o desenvolvimento da espontaneidade e reforça o uso da técnica para o aprendizado de uma profissão. Reafirma que através do jogo de papéis, no caso específico da medicina, é possível se estabelecer uma relação mais livre entre o conhecimento (saber) e o desempenho de um papel profissional (a prática). Assim, através deste recurso, o estudante de medicina pode exercer sua espontaneidade e sua capacidade criativa para a compreensão de conflitos advindos da formação acadêmica. É valorizado, portanto, o desenvolvimento da espontaneidade e o aprendizado de tarefas.

Para Naffah Neto (1979), falar em *role playing* está associado a desempenhar, transformar ou criar papéis e esta visão é diferente do *role training*, de abordagem não moreniana cujo principal objeto *“não é a espontaneidade e o jogo de papéis,*

mas a preservação da instituição, que permanece como algo inquestionável”. (Kaufman, 1991, p.77).

Lima (1997) descreve um trabalho realizado com os estudantes do 1º ano de medicina, através das técnicas de *role playing*, no intuito de tratar profilaticamente dos papéis que se encontram em desenvolvimento, principalmente do papel de médico, ou como os estudantes poderiam ser auxiliados nos primeiros anos do curso, quanto ao desenvolvimento do seu papel profissional. O estudo evidenciou que nesse momento da formação, os estudantes trouxeram conflitos e angústias frente à profissão médica e também às questões relacionadas com a relação professor-aluno, durante a formação médica. Neste aspecto, a autora salienta a importância de espaços para reflexões, pois no início do curso médico, o relacionamento com os professores é a relação vivida com mais intensidade entre os alunos, já que em fases precoces do curso, os mesmos não tem contato com os pacientes.

Os estudos citados apontam para a utilização do *role playing* enquanto estratégia sociodramática, tendo como foco a formação médica, destacando o papel assumido por estes estudantes no início e durante sua formação acadêmica. Percebe-se assim, a relevância do Psicodrama enquanto instrumental didático pedagógico na universidade.

Neste sentido, ao considerarmos como significativos os conceitos acima, referentes à teoria moreniana, podemos relacionar a importância dos mesmos quando o foco principal é a adaptação de um indivíduo a um determinado contexto social e institucional. Neste aspecto, reportamos à idéia já expressa anteriormente do trabalho grupal, em contextos institucionais. Fazendo associações com a teoria moreniana, sabe-se que a grande importância do trabalho grupal é o questionamento do individualismo, a contestação dos valores básicos do capitalismo, como aponta Cesarino (1999).

Assim, quando nos reportamos à Medicina, salientamos a relação da mesma com a falta de expressividade por parte dos profissionais médicos, em termos da liberação de sua espontaneidade e criatividade. Como produto de um sistema predominantemente capitalista, o trabalho na área da saúde não favorece a expressão da espontaneidade. Os médicos hoje não são incentivados a serem criativos, pois o mercado de trabalho no qual se inserem já não corresponde, à idealização do

profissional liberal, não usufruem a autonomia ambicionada, são empregados das cooperativas médicas.

Nesse sentido, quando do delineamento do presente estudo, destacamos a importância que o referencial teórico adotado pudesse assumir frente às dificuldades apontadas no início do curso médico. Desta forma, considerando toda a literatura pertinente ao tema exposto anteriormente, consideraremos nesse estudo, a proposta metodológica do Sociodrama Educacional, enquanto referencial teórico adotado para o desenvolvimento do presente trabalho.

Assim, o Sociodrama Educacional enquanto uma abordagem teórico-metodológica caracteriza-se como uma linha de pesquisa-ação em Psicologia Educacional, em um enfoque institucional, que se propõe ao estudo das relações humanas nesse contexto. Utiliza estratégias de pesquisa qualitativa, buscando com isso a investigação e a intervenção nesses contextos educacionais, a compreensão das interações sociais que constituem o cotidiano das instituições, enfocadas a partir das representações de papéis segundo os quais os diferentes integrantes da instituição pautam suas relações (Andrade, 1990, 2000; 2001a, 2001b).

Considerando que a formação médica aponta para a necessidade de se intervir em estratégias profiláticas frente às dificuldades vivenciadas nos primeiros anos do curso pelos estudantes, salientamos a importância de um referencial que aborde, sobretudo, o momento histórico, cultural e social dessa população, que pertence a um contexto institucional e que a priori é tida como propensa a vulnerabilidades psíquicas.

Abordando o sociodrama aplicado à educação médica, apontamos a pertinência do mesmo, quando as angústias manifestadas pelos estudantes têm a ver com o conflito de papéis existentes, de um lado, por parte do indivíduo, que já traz consigo uma história de crenças, atitudes e valores e, do outro, um contexto institucional, com suas tradições, sua história, suas características peculiares; e por fim, com as expectativas sociais que o papel profissional de médico venha a representar.

Como já destacado, ao papel do “ser médico” associam-se estereótipos cultivados historicamente, cujo significado interfere no cotidiano desse profissional. Ao médico sempre foi associado o papel daquele que cura, que cuida, transforma e

que mantém um saber hegemônico sobre todas as outras áreas do conhecimento no campo da saúde.

Assim, proporcionar aos estudantes de medicina um espaço para vivências, focalizadas no contato grupal e apoiadas pelo referencial sociodramático, pode favorecer a melhoria dos vínculos nas relações interpessoais e facilitar uma visão mais realista, mais crítica e reflexiva do médico internalizado em cada um. Além de favorecer uma compreensão do papel de aluno que pertence a um contexto institucional com uma história e culturas próprias. A abordagem sociodramática pode contribuir como uma estratégia de intervenção, favorecedora da minimização dos conflitos sociais, intergrupais durante o curso médico.

Os aspectos inerentes à formação médica, quando discutidos em termos grupais, parecem favorecer a um questionamento, no qual os vários componentes do grupo têm a chance de compartilhar suas angústias, medos e incertezas, em torno de situações que são comuns a todos, levando a reflexões mais positivas, de que o trabalho grupal pode ser um dos caminhos para a formação ou mudança de atitudes desses futuros profissionais, compatíveis com a realidade social de que fazem parte. Descreveremos a seguir os objetivos desta pesquisa e os procedimentos adotados para o desenvolvimento da mesma, tendo como foco, os conceitos teóricos abordados até o momento.

II- JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Apesar da maioria dos estudos citados relacionar resultados positivos quanto à associação das técnicas grupais sociodramáticas no contexto da formação médica, a área carece de estudos mais aprofundados a esse respeito. Neste sentido, destacamos a importância do método científico de abordagem qualitativa, que dentre alguns de seus pressupostos teóricos, ressalta a importância de se estudar os fenômenos e não apenas os fatos e as causas do comportamento dos indivíduos.

Desta forma, os pressupostos teóricos da abordagem consideram que todo acontecimento a ser investigado se enquadra dentro de uma perspectiva teórica, que inclui uma história e uma cultura dentro de uma dada realidade social. Assim, a pesquisa qualitativa tenta buscar a compreensão dos fenômenos, através da abordagem fenomenológica, ou seja, tentam compreender o “significado” dos acontecimentos, os fenômenos, as relações sociais entre os sujeitos (Bogdan e Biklen, 1994).

A relevância do tema, a nosso ver, assume proporções significativas ao considerar que todo contexto acadêmico, particularmente o da Medicina, deve favorecer um crescimento pessoal e social de seus graduandos, não considerando apenas as habilidades cognitivas, que esses alunos venham a desenvolver.

Os benefícios que se obtém do trabalho grupal é possibilitar um melhor envolvimento entre seus membros, uma discussão mais realista de seus papéis, de suas expectativas presentes e futuras e do reconhecimento de seus limites enquanto estudantes e futuros profissionais.

Consideramos que o trabalho desenvolvido anteriormente (Colares, 1999) sobre as fontes de tensão no curso médico, com base na pesquisa quantitativa, possibilitou a identificação de certas tendências atitudinais através de um dado empírico, que apontou tendências conflitantes frente a uma série de situações típicas da formação médica. Embora a ênfase do estudo fosse a construção do instrumento para medida de atitudes, consideramos que o mesmo gerou novas perspectivas de investigação nesse campo.

Entretanto, para o desenvolvimento de um estudo com base científica, que considere a relevância do contexto histórico-sócio-cultural dos indivíduos, não

podemos nos basear apenas no referencial quantitativo. O referido instrumento de atitudes, aponta os indícios, as tendências conflituosas, no entanto, apenas estes indicadores numéricos não esgotam todo o aparato teórico existente acerca das dificuldades vivenciadas no curso médico.

Desta maneira, consideramos o tema a ser desenvolvido como relevante, não apenas pela possibilidade de que ele venha a trazer benefícios no campo das relações interpessoais e no questionamento reflexivo sobre a prática médica, mas também pelo seu caráter de investigação científica de uma abordagem teórica já reconhecida, porém com carências de bases científicas que comprovem ou não a sua eficácia.

Além disso, o desenvolvimento desta pesquisa pretende iniciar uma linha de trabalho a ser desenvolvida nos anos subseqüentes, evidenciando o trabalho grupal como parte integrante de estudos e projetos que envolvam aspectos inerentes à prática médica. Os serviços de apoio ao estudante de medicina podem favorecer um espaço para a prática do trabalho grupal e também como geradores de conhecimento acerca dessa metodologia.

Assim, o presente estudo destaca os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

♦ *Investigar os benefícios de um grupo reflexivo sociodramático como um recurso reflexivo para estudantes de medicina frente a algumas questões do ciclo básico.*

Objetivos específicos:

♦ *Identificar as principais representações do estudante de medicina sobre sua escolha, seu curso e sua profissão.*

♦ *Contribuir para a compreensão do grupo reflexivo sociodramático como instrumento de intervenção junto a estudantes universitários.*

♦ *Investigar os efeitos do grupo sociodramático através de procedimentos de avaliação em entrevistas de grupos focais.*

III-METODOLOGIA

A ABORDAGEM METODOLÓGICA

III.1-a) A pesquisa qualitativa

Na atualidade, já se considera como falsa a dicotomia entre o método quantitativo e qualitativo, como apontado por alguns pesquisadores como Minayo (1994, 1999); Bogdan e Biklen(1994); Silva (1998). A ênfase dada nestes estudos aponta para o fato de que as duas abordagens podem ser complementares e não devem ser vistas de forma dicotômica. Esta estratégia muitas vezes é denominada de Triangulação Metodológica.

Segundo Minayo (1999), o desafio do conhecimento é a busca de significados das relações humanas que se formam em determinados contextos sociais e, desta forma, a abordagem qualitativa contribui significativamente no esclarecimento dos processos sociais que permeiam essas relações. Além disso, a abordagem qualitativa permite o aprofundamento de interpretações de dados quantitativos, contribuindo assim, para uma abrangência dos fatos não contemplados, muitas vezes em função de um rigor matemático.

Os pressupostos teóricos da abordagem qualitativa de investigação consideram que todo acontecimento a ser investigado se enquadra dentro de uma perspectiva teórica, que inclui uma história, uma cultura dentro de uma dada realidade social. Assim, a pesquisa qualitativa tenta buscar a compreensão dos fenômenos, através da abordagem fenomenológica, ou seja, tentam compreender o “significado” dos acontecimentos, os fenômenos, as relações sociais entre os sujeitos (Bogdan e Biklen, 1994).

Os autores destacam algumas características relevantes da investigação qualitativa:

- ◆ a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal;
- ◆ é descritiva, através de palavras, imagens e não números;
- ◆ os investigadores qualitativos tendem a analisar seus dados de forma indutiva;

♦ o significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

Segundo os autores, o “nascimento” dessa metodologia originou do interesse “jornalístico” de alguns estudiosos nos problemas sociais de determinadas populações. Assim, a pesquisa qualitativa tem sua origem na Antropologia, que estuda culturas diferentes e grupos isolados.

Neste sentido, destacamos a importância da pesquisa qualitativa em educação. Valendo-se dos pressupostos teóricos dessa referida abordagem de investigação, ao considerarmos uma instituição educacional, podemos entender que a mesma possui uma história, uma cultura, que as pessoas convivem ali e que os indivíduos podem ser avaliados, criticados, seguindo alguns padrões institucionais já definidos. Nesse sentido, se o objeto de estudo está ligado à instituição, é necessário compreender o fenômeno que o envolve, respeitando as características histórico-culturais da realidade social ali vigente.

Desta maneira, realizar uma investigação científica sob o enfoque qualitativo é, de certa forma, assumir uma posição de “estranhamento” *a priori*, para que se possa conhecer o novo, esquecer o “preconceito” epistemológico de um dado fenômeno. Nesse sentido, o ponto de partida da pesquisa qualitativa é descritivo e compreensivo.

Os teóricos da abordagem qualitativa assinalam que a investigação, segundo esses moldes, deve se basear em uma orientação teórica. A maioria dos investigadores de abordagem qualitativa busca explicação teórica na fenomenologia. Esta abordagem tenta compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para as pessoas em situações particulares. Esta perspectiva difere daquelas utilizadas quando se estuda o comportamento humano com o objetivo de descobrir “fatos” e “causas”, investigação esta originada do positivismo, que dava ênfase aos fatos e causas dos comportamentos dos indivíduos. (Bogdan e Biklen, 1994).

Tanto a abordagem quantitativa como a qualitativa possui seu rigor científico, sendo que, uma enfatiza o fato, o dado, é mais empírica, e a outra estuda o fenômeno, as relações sociais entre os sujeitos, seu modo de vida, sua cultura, etc. Uma abordagem preocupa-se com a generalização de seus resultados; na outra essa preocupação não é tão frequente.

Minayo (1998) salienta que embora a dicotomia entre os métodos se estabeleça na prática, pois de um lado, os “*deixa à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números, e de outro lado, às vezes contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada*”. (Minayo, 1998, p.28), ao mesmo tempo, os métodos podem interagir, são interdependentes e não podem ser pensados de forma dicotômica.

Desta forma, Minayo (1998) salienta que ao ser desenvolvida uma proposta de investigação, no desenrolar de suas etapas é importante ir reconhecendo a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis. Uma pesquisa de base social, que requer um acompanhamento maior da realidade, não pode se restringir apenas a dados quantitativos. No entanto, deve-se considerar que as estratégias metodológicas utilizadas na pesquisa qualitativa podem seguir múltiplas opções, para que possa proporcionar uma aproximação mais adequada ou abrangente ao tema que será estudado. (Silva, 1998)

Torna-se interessante apontar a abordagem de André (2001) sobre alguns pressupostos da pesquisa qualitativa e a aproximação da mesma com a área da Educação. A autora aponta os diferentes tipos de pesquisa qualitativa e dentre eles a pesquisa do tipo etnográfico, esquema de pesquisa este desenvolvido pelos antropólogos para estudar a cultura e a sociedade, que através de técnicas específicas permite a coleta dos dados sobre valores, hábitos, crenças, práticas e comportamentos de um determinado grupo social.

Assim, André (1995) descreve a aproximação e pertinência do método etnográfico à educação no geral. Nesse aspecto, uma característica importante da pesquisa etnográfica é a ênfase no processo, naquilo que está acontecendo e não no produto ou nos resultados finais.

“Por meio de técnicas etnográficas de observação participante e de entrevistas intensivas, é possível documentar o não documentado, isto é, desvelar os encontros e desencontros que permeiam o dia-a-dia da prática escolar, descrever as ações e representações dos seus atores sociais, reconstruir sua linguagem, suas formas de comunicação e os significados que são criados e recriados no cotidiano do seu fazer pedagógico” (André, 1995, p.41).

Blasco (2002) explora, em seu livro sobre Medicina de Família, a importância dos estudos qualitativos. Faz uma revisão sobre os conceitos dessa metodologia e, assim como André (2002), aponta a pertinência dos estudos etnográficos quando se trata de investigações que abordam perspectivas educacionais, considerando que a subjetividade inserida nesse contexto, é de salutar importância.

O autor assinala a importância da abordagem como um recurso também educacional. Cita que na área médica a metodologia quantitativa, apesar de inegável valor, pouco colabora para os estudos de aspectos concretos com que o médico se depara no dia-a-dia. Aponta o exemplo da prática de Medicina de Família, que é centrada no contexto do paciente e por isso requer um método que valorize o significado das experiências vividas, ajudando a compreendê-las e enriquecendo a elucidação do fenômeno.

Blasco (2002) enfatiza a importância dos métodos qualitativos no âmbito da Medicina de Família e salienta que para os pesquisadores que trabalham com atenção primária à saúde, é importante destacar a necessidade de se conhecer mais a fundo a realidade da formação médica e dos fenômenos envolvidos neste contexto institucional mais amplo, mais especificamente o ensino médico.

Apesar da maioria dos estudos que envolvem a área médica serem originados de pesquisas quantitativas, muitas podem ser as contribuições originadas por estudos complementares de investigação qualitativa. Citamos, por exemplo, o estudo desenvolvido por Colares (1999) que se referiu às dificuldades vivenciadas no curso médico.

A escolha pela abordagem científica de investigação qualitativa, deve-se ao fato de que a mesma busca uma compreensão sobre um determinado assunto que se pretende estudar mais profundamente (Martins e Bicudo, 1989). No estudo que se pretende desenvolver, muito embora os dados quantitativos obtidos preliminarmente (Colares, 1999) tenham evidenciado possíveis interpretações qualitativas, deve-se reconhecer a incompletude do método de investigação quantitativa, quando se pretende buscar uma compreensão sobre as percepções e crenças de um determinado grupo social que se insere num contexto acadêmico institucional, como é o caso dos estudantes de medicina do ciclo básico. Como afirma Demo (1995), *“embora a pesquisa empírica possa aduzir instrumentações úteis ao manuseio quantitativo da*

realidade, produz conhecimentos superficiais, parcelares, estereotipados”. (Demo, 1995, p.232)

Desta forma, no delineamento do presente estudo, já evidenciamos o Sociodrama Educacional, tal como considerado pelo Grupo de Pesquisa em Sociodrama Educacional (Andrade, 1997, 1999a, 1999b, Alves e Andrade, 1996; Nunes e Andrade, 1995; Nunes e Andrade, 1996; Ribeiro, 2000; Sade e Andrade, 2000; Carraro, 2002) como uma estratégia de pesquisa intervenção, possuindo um enfoque no social e envolvendo o recorte de uma situação institucional, implicando com isto num aprofundamento dessa realidade.

O Sociodrama Educacional pode ser classificado como uma linha de pesquisa em Psicologia Educacional, contemplando os pressupostos teóricos da metodologia de investigação qualitativa. Pode-se dizer que a estratégia é desenvolvida em um enfoque analítico institucional utilizando-se de duas estratégias: a) estudo de caso etnográfico e b) pesquisa ação. No primeiro caso, está relacionada à estratégia da observação participante na instituição educacional, valendo-se de entrevistas individuais de profundidade ou entrevistas em grupo. Essa etapa pode ser descrita como **exploratória descritiva**, que fornece ao pesquisador todo o contexto da instituição, a compreensão geral da singularidade da mesma, as possíveis relações de poder inseridas nesse contexto.

Em seguida à fase exploratória descritiva, podemos classificar a outra etapa como **focalizada**, pois fornece um foco temático e seletivo do problema que deverá ser estudado.

A pesquisa ação também compreende duas etapas: a primeira é **institucional**, semelhante à exploratória descritiva, que pode ser desenvolvida através de observação participante, de entrevistas de profundidade individual ou de grupo, com os determinados segmentos da instituição (alunos, professores, dirigentes, etc); e uma segunda etapa que poderia ser classificada como **intervenção através de grupos reflexivos**, e nessa estratégia o Sociodrama Educacional torna-se o referencial teórico central, no sentido de propor uma ação, podendo ser utilizada as estratégias do Psicodrama, como a interpretação lúdica de papéis (*role playing*). Essa estratégia, em um contexto educacional, pode favorecer uma mudança das representações sociais vividas no grupo, em relação a um aspecto específico, que é o objeto da

investigação, além de criar um espaço dentro da própria instituição para que seus integrantes possam refletir criticamente sobre seus papéis.

Uma última etapa da pesquisa-ação, nesse referencial proposto, é a **etapa de avaliação**, que através de entrevistas individuais ou grupais, têm como objetivo avaliar o efeito do grupo reflexivo sociodramático. Neste sentido, o que se busca é uma análise do processo grupal, da sociometria do grupo em si. Avaliar, portanto, se o grupo reflexivo sociodramático, atingiu os objetivos *a priori* fixados, que é o de criar um espaço dentro da instituição educacional onde os indivíduos possam se manifestar de maneira crítica, constituindo, para isto, em um primeiro momento, um contexto grupal. A partir do momento em que este estiver constituído, o grupo poderá se ocupar de uma reflexão sobre a instituição, sobre as próprias dificuldades do grupo, podendo com isso abrir espaço para a espontaneidade, descristalizando conceitos e estereótipos acerca dos papéis impostos, podendo assim colaborar no processo de crescimento desse contexto grupal.

Nesse sentido, consideramos como pertinente a relevância que tal estratégia assume em um contexto acadêmico como o da formação médica. À medida que se considera que tal contexto, no geral, deve favorecer um crescimento pessoal e social de seus graduandos, não considerando apenas as habilidades cognitivas que esses alunos venham a desenvolver, os benefícios que se obtém do trabalho grupal, dentre outros, é possibilitar um melhor envolvimento entre seus membros, uma discussão mais realista de seus papéis, de suas expectativas presentes e futuras e do reconhecimento de seus limites enquanto estudantes e futuros profissionais.

Desta forma, o presente trabalho, através do referencial acima exposto, pretendeu oferecer a grupos de estudantes de medicina, um espaço vivencial para a reflexão de seu papel profissional em desenvolvimento, entendendo que nessa formação a instituição, sua cultura e sua história, estarão sempre presentes, assim como todo contexto individual dos alunos de medicina e do aparato histórico que permeia a profissão médica.

III.2) As entrevistas de grupos focais enquanto estratégia para a coleta de dados.

Como estratégia adotada para a coleta de dados, optou-se inicialmente pelas entrevistas de grupos focais e posteriormente pelos grupos reflexivos com os estudantes de medicina de 1º a 3º anos. Esse período da graduação corresponde ao ciclo básico e, como já apontado em estudo anterior (Colares, 1999), configura-se como um período crítico da formação médica.

A escolha pelas entrevistas de grupos focais deve-se ao fato de que a estratégia vem sendo muito utilizada como complementar aos estudos de base quantitativa, além de contribuir para a apreensão do significado que determinados grupos, inseridos em contextos institucionais educacionais, têm a respeito das situações de conflitos interpessoais, envolvendo um contexto social maior.

Vaughn *et al* (1996) salientam quatro aspectos importantes que justificam o uso dos grupos focais enquanto estratégia de coleta de dados na pesquisa qualitativa: 1) pode possibilitar a compreensão existente na relação entre um estímulo e um efeito; 2) podem fornecer informações que auxiliem na interpretação de efeitos inesperados; 3) verificam e interpretam dados que poderiam, de outra maneira, serem apenas conjecturas e 4) podem oferecer interpretações alternativas de resultados, que podem não ser obtidos usando métodos tradicionais quantitativos.

Assim, segundo os autores, as entrevistas de grupos focais podem ser complementares a estudos quantitativos já desenvolvidos, além de oferecer uma variedade e versatilidade tanto para o método de pesquisa quantitativa quanto qualitativa.

Desta forma, no presente trabalho os grupos focais têm o objetivo de identificar as representações e crenças dos estudantes de medicina a respeito do ciclo básico, além de proporcionar o levantamento de temas relevantes para o desenvolvimento de grupos reflexivos. Pretende-se com isso, que o estudo venha trazer benefícios no campo das relações interpessoais e no questionamento reflexivo sobre a prática médica, assim como possibilitar o estudo e o aprofundamento de um método científico de investigação como o Sociodrama Educacional.

Historicamente, os grupos focais não são uma estratégia relativamente recente. Bogardu's (*apud* Morgan, 1997), descreve que na década de 20 já existia a descrição de um trabalho de entrevistas de grupo, que também eram planejadas para

ampliar as pesquisas sociais de programas durante a 2ª guerra mundial, para examinar a persuasão de programas e dos efeitos dos mesmos no treinamento de material para as tropas e também na investigação de estudos e fatores que afetavam a produtividade em grupos de trabalho. Com o tempo a estratégia passou a ser utilizada em pesquisa de marketing por vários pesquisadores e uma das primeiras intervenções, na década de 90, foi utilizar a técnica para pesquisar a audiência de resposta a um programa de rádio (Morgan, 1997).

Também é destacado por Vaughn *et al* (1996) a utilização dos grupos focais em pesquisas de negócios e marketing, demonstrando considerável sucesso nessa área, pesquisas de comunicação, quando os pesquisadores estão interessados nos efeitos de mensagens passadas para a mídia; pesquisas em saúde, relacionadas a mudanças de aspectos relacionados à prática médica, a educação em saúde, promovendo o conhecimento de informações sobre essa área.

Para Morgan (1997), a utilização dos grupos focais é freqüente nas pesquisas em ciências sociais, e revelam três princípios básicos para a sua utilização:

- ♦ São utilizadas como métodos independentes de estudo e servem como principal fonte de dados;
- ♦ Podem ser utilizadas como pesquisas complementares a outras modalidades de investigação;
- ♦ São utilizadas em estudos com outras metodologias que combinem dois ou mais meios de reunir dados, nos quais um dos métodos determina o uso de outros

Assim, como definição de grupo focal, Morgan (1997) a considera como uma técnica de coleta de dados através da interação grupal sobre um tópico determinado pelo pesquisador. Na essência é o interesse do pesquisador que proporciona o foco, contudo os dados por si mesmo são trazidos pela interação grupal.

Vaughn *et al* (1996) apontam quatro razões que justificam o uso de grupos focais em pesquisas na área da Educação e Psicologia:

- ♦ as entrevistas em grupos focais oferecem variedade e versatilidade para ambos os métodos de pesquisa qualitativa e quantitativa,

- ♦ As entrevistas de grupos focais são compatíveis com o paradigma da pesquisa qualitativa;
- ♦ As entrevistas de grupos focais oferecem oportunidades para dirigir o contato com os sujeitos
- ♦ O grupo formado oferece distintas vantagens para a coleta de dados .

Nos grupos focais, como salienta Letelier (1996), está implícito em sua metodologia: *“inicialmente recuperar, a partir de uma linha particular de construção, ou mesmo expressão de um discurso ou comportamento, a compreensão, a intencionalidade e a significação de uma determinada prática social”* (Letelier, 1996, p.4).

Nesse sentido, a adequação da técnica se dá porque o sujeito constrói um campo perceptual, sobre um tema de seu interesse, no sentido epistemológico, a respeito de algo, onde sua própria subjetividade está sendo estruturada em termos da compreensão de alguns conteúdos e também de padrões de comportamento que se espera observar dele, a partir desse campo inicial de percepções (Letelier, 1996).

Para que as entrevistas de grupos focais possam seguir critérios mais precisos de investigação, é importante darmos atenção para a seleção dos participantes do estudo, ou seja, estabelecermos critérios para escolha da amostra. Nesse aspecto, salienta-se, conforme sugerem Vaughn *et al* (1996), que os critérios utilizados para a seleção da amostra dos grupos focais não são randômicos, não existe a preocupação com a representatividade de uma dada população, mas sim que os participantes representem uma amostra de pessoas que detém conhecimento sobre o tema abordado e que sejam elementos críticos na questão.

Por isso, torna-se importante que as características dos participantes do estudo sejam pré-determinadas e, dependendo dos objetivos a serem atingidos, o grupo necessariamente deverá ser homogêneo, principalmente se já existe um conhecimento prévio da população sobre o estudo, quanto mais homogêneo for o grupo, mais profunda será a investigação.

Nesta mesma linha de investigação, Rodriguez e Cerda (2002) descrevem que os grupos focais não geram informações numéricas ou de origem quantitativa e sim promovem uma interação entre os participantes como um meio de gerar informações.

Desta forma é trabalhado o discurso e a conversação dos grupos e o discurso dos sujeitos é o que será interpretado e analisado.

Torna-se necessário portanto um critério prévio e rigoroso para a seleção dos participantes de grupos focais, conforme já salientado. Rodriguez e Cerda (2002) explicam que a amostra para os grupos focais não tem representatividade estatística, ou seja, são selecionados grupos específicos de pessoas, com características determinadas, que são relevantes para o estudo em questão, para que possam falar sobre um tema, ou uma experiência que seja comum entre eles, em suma a amostra tem que ser homogênea.

Assim, seguindo o modelo proposto por Vaughn *et al* (1996), os seguintes passos devem ser considerados para a seleção dos participantes: a) desenvolver um planejamento para seleção dos participantes; b) estabelecer critérios para a seleção dos participantes (número de pessoas, número de reuniões, homogeneidade ou heterogeneidade da amostra, idade, sexo, etc); c) recrutamento dos participantes, quais as estratégias que serão utilizadas para o convite aos participantes do estudo; d) a preparação dos participantes, ou seja, fornecer todo tipo de informações sobre o estudo, como o mesmo será desenvolvido, tendo como cuidado estabelecer um vínculo positivo entre os participantes e o moderador de grupo, encorajando o máximo a participação no estudo, desde que voluntária.

É importante destacar que os grupos focais, como uma técnica de coleta de dados, inserida no contexto da pesquisa qualitativa, deve manter o mesmo rigor que prevê as pesquisas com enfoque quantitativo, onde se trabalham com amostras grandes e onde os dados geram resultados numéricos percentuais e possíveis de serem generalizados.

A investigação qualitativa, sobretudo na utilização dos grupos focais, preocupa-se com todos os passos necessários para que a estratégia seja desenvolvida, a fim de buscar uma compreensão mais aprofundada a respeito do tema de pesquisa que está sendo investigado.

Em se tratando de um procedimento de coleta de dados, os grupos focais necessitam, portanto, de algumas regras para a sua operacionalização. Existe uma tendência no geral, apontada pela literatura, em que as reuniões de grupos focais devem seguir passos diretivos e sincronizados com os objetivos do estudo, e para

isso descreveremos a seguir, o modelo adotado no presente estudo, que se originou das propostas investigadas na literatura (Vaughn *et al*, 1996; Morgan, 1997)

O facilitador ou moderador de um grupo focal deve ter claro alguns passos que necessitam ser respeitados, para manter durante a coleta de dados o caráter científico mais fidedigno possível. Assim, listaremos dois pontos importantes sugeridos por Vaughn *et al* (1996) que foram seguidos no presente estudo:

- ◆ Estabelecimento dos objetivos gerais: fase essencial e necessária, que será diretamente responsável por todo o planejamento dos grupos focais (nº de reuniões, as questões que serão levantadas e os meios de avaliação que serão utilizados).

- ◆ Estabelecimento de objetivos específicos: deixar claro o que eu quero investigar e o que eu não quero, ou seja, identificar metas, ou definir o que pretendo conseguir com os grupos focais.

III.3) Os grupos focais e a utilização da técnica em pesquisas de Educação Médica

Na área da Educação Médica e nas ciências da saúde no geral, a estratégia de coleta de dados através de grupos focais tem ocupado espaço na literatura nacional e internacional, sendo avaliada como uma estratégia que conduz a um resultado rápido e utilizada sobretudo em situações nas quais se pretende avaliar o impacto de um determinado programa educacional, ou até mesmo a eficácia de um método utilizado como estratégia em processos educacionais.

Perez *et al* (1995), na Universidade do Texas, relatam sua experiência na utilização da técnica com estudantes de medicina. O estudo objetivou a avaliação de alguns cursos da escola médica, tendo encontrado que os estudantes revelavam insatisfação por não poderem “opinar” sobre o processo avaliativo, nesta etapa, o estudo se baseava apenas em dados quantitativos. Os grupos focais surgiram como uma estratégia alternativa para que as sugestões dos estudantes pudessem ser atendidas mais prontamente.

Neste estudo, um grupo específico conduzia a avaliação com os estudantes em grupos focais três vezes por período: antes do 1º exame, entre o 1º e o 2º exames e entre o 2º exame e o final. Os estudantes eram selecionados ao acaso e incentivados a considerar aspectos positivos e negativos do curso.

Nesse sentido, as entrevistas de grupos focais adquiriram eficiência para complementarem informações já obtidas de natureza quantitativa e, assim, eram encaminhadas aos coordenadores dos cursos. A estratégia foi utilizada no ciclo básico.

Nesta mesma direção, Kvasnicka *et al* (1995) também se valeram de entrevistas em grupos focais para a avaliação de um curso de medicina clínica, uma vez que as avaliações formais mostravam-se insuficientes. Neste estudo, foi avaliado o início de um curso clínico, que durava nove meses e os grupos focais eram realizados uma vez ao mês, com representantes das categorias docente e discente.

A avaliação das entrevistas em grupos focais, enquanto estratégia de coleta de dados, foi identificada nesse estudo como positiva, sobretudo por ser capaz de identificar problemas em estágios mais primários, principalmente quando se considera que os estudantes são os “consumidores” e os “produtos” da educação médica.

Em 1990, cinco escolas médicas desenvolveram um projeto em conjunto, junto à população de Ontário, para especificar o que as pessoas esperavam de uma escola médica, dos médicos, e como os programas dessas escolas poderiam ser modificados (Neufeld *et al*, 1998). Desta forma, através de entrevistas de grupos focais com usuários de serviços de saúde, foi possível investigar as representações e crenças no que dizia respeito ao papel dos médicos, às tendências futuras que afetavam esses papéis, mudanças nos papéis que a população gostaria de ver e sugestões de mudanças na educação médica. Uma vez identificados os “tipos de papéis” mais esperados para o perfil de um bom médico (“expert”, comunicador, colaborador, defensor da saúde, etc), foi possível considerar estratégias educacionais de ajuda para ensinar os médicos a assumirem esses papéis, que acabaram sendo incorporados nas cinco escolas médicas.

O estudo mostrou que a estratégia possibilitou apreender o que a sociedade espera de seus médicos e integrar esse conhecimento no processo de reforma curricular, implementando mudanças.

A grande utilização da estratégia de grupos focais também é destacada na Educação Médica em relação ao método de ensino Aprendizagem Baseada em Problemas. Neste sentido, a técnica busca avaliar o impacto desse programa no estilo

de aprendizagem do aluno (Maudsley, 1999; Davis *et al*, 1994); a utilização da estratégia com estudantes de medicina em relação à escolha profissional (Murtha, 1997) ou ainda comparar as percepções de estudantes de medicina mais novos e mais velhos, em relação à escola médica (Feil *et al*, 1998).

Nas ciências sociais contemporâneas e nas pesquisas relacionadas à saúde, os grupos focais são frequentemente utilizados em combinação com outros métodos, como um meio de explorar temas substanciais nas pesquisas e ainda permitir a análise mais aprofundada das diferenças entre indivíduos e grupos (Crossley, 2002)

No geral, os estudos apontam a pertinência da estratégia enquanto método que permite o levantamento de crenças, percepções em contextos educacionais, levantando temas centrais, que pode promover mais rapidamente do que outros métodos meios de identificar estratégias para combater as dificuldades de uma determinada realidade educacional.

Como já salientado, a presente investigação originou-se de um estudo anterior (Colares, 1999) que pretendeu através da construção de um instrumento para medida de atitudes, avaliar as tendências de atitudes de grupos de alunos de medicina frente às fontes de tensão no curso médico. O estudo permitiu a identificação dessas tendências, averiguando o quanto os alunos de medicina, no início de sua formação, encontram-se confusos, com problemas de adaptação ao curso e se mantendo no mesmo a um alto custo emocional, pois as atitudes frente a escolha profissional são predominantemente positivas, no entanto, os escores relacionados às fontes de tensão indicam atitudes conflituosas frente a esse respectivo período da formação médica.

Desta maneira, como uma continuidade à linha de investigação iniciada, pretendeu-se aprofundar mais as questões já obtidas, valendo-se de um referencial que permitisse um olhar para os aspectos institucionais, culturais e históricos que perpassam toda a graduação, no curso médico. Além disso, identificar as representações sociais dos estudantes frente a essas dificuldades iniciais poderia trazer contribuições para o estabelecimento de um possível diagnóstico institucional e da possibilidade de uma estratégia de intervenção.

Além das vantagens obtidas pela técnica dos grupos focais como estratégia para a coleta de dados qualitativos, consideramos oportuno a utilização da técnica na apreensão das representações sociais desse determinado grupo, pois como salientam

Oliveira e Werba (1999), uma das possíveis maneiras de se interpretar as representações sociais é através dos grupos focais. Segundo os autores:

“O ponto chave desses grupos é o uso explícito dessa interação para produzir dados e insights que seriam difíceis de conseguir fora dessa situação. Isso se constitui numa grande vantagem desses grupos, a oportunidade que eles oferecem de se estabelecer uma intensa troca de idéias sobre determinado tópico, num período limitado de tempo, onde os dados são discutidos e aprofundados em conjunto”.(Oliveira e Werba, 1999, p.112)

Assim, descreveremos a seguir as etapas do estudo bem como todos os procedimentos desenvolvidos na presente investigação.

IV- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

IV.1) Os participantes do pré-inquérito

A princípio considerou-se como população alvo desse estudo os estudantes de medicina do 1º ao 3º ano do curso médico. Este período da formação foi o escolhido pelas razões já apontadas inicialmente na literatura e por se tratar de uma fase em que os estudantes tornam-se propensos a discussões sobre o papel profissional, visto que o início da formação médica apresenta uma realidade um pouco distante da profissão. Os dados demográficos em relação aos participantes do estudo e dados da família encontram-se descritos nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Caracterização dos participantes do estudo (pré-inquérito) quanto aos dados sócio-demográficos

	ANO DA GRADUAÇÃO		
IDADE	1ºANO (N=90)	2ºANO (N=83)	3ºANO (N=67)
17 a 19 anos	42	23	02
20 a 22 anos	46	54	56
23 a 26 anos	02	06	09
SEXO			
Masculino	59	50	44
Feminino	31	33	23
PROCEDÊNCIA			
Ribeirão Preto	14	08	10
Cidades da região (até 150Km)	11	18	09
Outras cidades do interior do estado	30	32	21
São Paulo (Capital)	21	14	15
Outros Estados	14	11	12

A **Tabela 1** apresenta os dados relativos a idade, sexo e procedência dos estudantes de medicina. Nota-se um predomínio de alunos de outras cidades (interior do estado e capital), o que de certa forma acaba favorecendo a percepção de que o campus universitário, na referida instituição está muito voltado para os universitários procedentes de outras regiões. Além disso, nota-se também um predomínio de alunos do sexo masculino, embora também seja considerado significativo o ingresso de estudantes do sexo feminino. A literatura já aponta nesse aspecto, uma feminização do curso médico (Machado, 1999). Com relação a idade dos estudantes em relação ao ingresso no curso médico ainda predomina uma faixa etária em torno de 17 a 19 anos.

Tabela 2: Frequência dos dados relativos à escolaridade dos pais dos alunos de medicina do 1º ao 3º ano (fase do pré-inquérito)

Escolaridade dos pais	1º ANO (N=90)		2º ANO (N=83)		3º ANO (N=67)	
	PAI	MÃE	PAI	MÃE	PAI	MÃE
1º GRAU						
COMPLETO	01	02	02	02	02	04
INCOMPLETO	04	02	01	-	-	02
2º GRAU						
COMPLETO	11	16	12	21	10	11
INCOMPLETO	01	03	-	-	01	02
3º GRAU						
COMPLETO	69	58	66	53	49	45
INCOMPLETO	04	09	02	07	05	03
TOTAL	90	90	83	83	67	67

A **Tabela 2** apresenta o nível de escolaridade dos pais dos alunos de medicina. Como podemos observar, a maioria dos pais, apresenta 3º grau completo em todos os anos da graduação estudados.

IV.2) Os participantes das entrevistas de grupos focais

Após a análise das entrevistas do pré-inquérito, os alunos selecionados para participarem das entrevistas em grupos focais foram aqueles que se identificaram ao final do questionário, aceitando participar do estudo. Desta maneira, entramos em contato com todos os alunos do 1º, 2º e 3º ano, por telefone, agendando o dia do início dos grupos focais. A adesão foi de 24 alunos e os mesmos foram devidamente informados em relação aos objetivos do estudo e também puderam tomar ciência do Termo de Consentimento Pós-informação para o desenvolvimento do trabalho conforme preconiza a Resolução 196/96. O presente Termo encontra-se descrito no Anexo C. A **Tabela 3** apresenta a caracterização demográfica dos alunos que participaram das entrevistas de grupos focais.

Tabela 3: Caracterização demográfica dos alunos de medicina que participaram das entrevistas de grupos focais (1º ao 3º ano)

GRUPOS	ALUNOS	IDADE	SEXO	PROCEDÊNCIA
I (1º Ano N=07)	A 1	19	M	Outro Estado
	A 2	19	M	Outro Estado
	A 3	19	M	Interior de São Paulo
	A 4	18	M	Cidade da Região
	A 5	21	M	São Paulo- capital
	A 6	21	F	São Paulo-capital
	A 7	20	F	Outro Estado
II (1º Ano N=06)	A 8	20	F	Interior de São Paulo
	A 9	18	F	São Paulo-capital
	A 10	20	M	Ribeirão Preto
	A 11	19	F	Ribeirão Preto
	A 12	20	F	Interior de São Paulo
	A 13	20	F	Interior de São Paulo
III (2º Ano N=05)	A 14	20	F	Interior de São Paulo
	A 15	20	F	Interior de São Paulo
	A 16	20	M	Ribeirão Preto
	A 17	20	F	Outro Estado
	A 18	18	M	Outro Estado
IV (3º Ano N=06)	A 19	21	M	Cidade da Região
	A 20	20	F	São Paulo-capital
	A 21	21	F	São Paulo-capital
	A 22	23	F	São Paulo-capital
	A 23	21	F	Interior de São Paulo
	A 24	20	M	Outro Estado

A **Tabela 3** representa a caracterização demográfica referente a participação dos 24 alunos de medicina, nas entrevistas de grupos focais. Há um ligeiro predomínio de estudantes do sexo feminino (N=14) e, conforme indicam os dados, a maioria dos alunos é de outras regiões fora de Ribeirão Preto e a faixa etária está entre 19 a 23 anos. Os estudantes do 1º ano apresentaram-se em número maior de participação e, em função disso, optou-se por dois grupos de alunos desse referido ano.

IV.3) Os participantes do grupo reflexivo

As entrevistas de grupos focais, desenvolvidas com os estudantes do ciclo básico, tiveram como objetivo central identificar as representações dos estudantes de medicina frente à escolha profissional pela medicina, as dificuldades vivenciadas até o momento, as expectativas frente ao papel do médico e também em relação aos grupos reflexivos, como uma modalidade de intervenção. Ao final dos grupos focais, foi dado aos participantes o esclarecimento de que a próxima etapa seria o grupo reflexivo, que poderia ser composto por alunos dos anos estudados (1º a 3º ano na época das entrevistas focais). O objetivo nessa próxima etapa era o de criar um grupo heterogêneo, onde os estudantes pudessem compartilhar suas dificuldades e expectativas apreendidas nas entrevistas em grupo. Os alunos foram informados que a participação seria voluntária, que o grupo teria no máximo 10 participantes e se fosse o caso, poderiam ser feitos dois grupos.

Tabela 4: Caracterização dos alunos de medicina que participaram do grupo reflexivo sociodramático (N=10)

ALUNOS	ANO	IDADE	SEXO	PROCEDÊNCIA
A 9	2º	20	F	Interior de São Paulo
A 6	2º	18	F	São Paulo-capital
A 8	2º	19	F	Ribeirão Preto
A 7	2º	20	F	Interior de São Paulo
A 10	3º	20	M	Ribeirão Preto
A 1	4º	21	M	Cidade da Região
A 3	4º	21	F	São Paulo-capital
A 4	4º	23	F	São Paulo-capital
A 5	4º	21	F	Interior de São Paulo
A 2	4º	20	M	Outro Estado

V- PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

V.1) O Pré-inquérito:

Optamos por desenvolver em sala de aula, inicialmente um pré-inquérito, junto aos estudantes, através de um questionário (Anexo A). Este instrumento foi construído com base na literatura pertinente ao tema, valendo-se também de estudos já desenvolvidos anteriormente com estudantes no início da formação (Colares, 1999).

Neste pré-inquérito foram abordados: levantamento dos dados demográficos dos alunos e de seus pais; nível de satisfação dos estudantes frente a algumas situações vivenciadas no ciclo básico; importância da criação de um espaço para discussões em grupo sobre o ciclo básico e o interesse na participação de grupos dessa natureza.

Para que o instrumento pudesse ficar mais próximo possível da realidade dos estudantes nesse período da formação, pedimos a colaboração de quatro alunos de anos mais avançados (4º e 5º anos) que opinaram sobre o instrumento, sugerindo mudanças e acrescentando tópicos de relevada importância para a realidade acadêmica durante esse período da formação. Esta estratégia visou, sobretudo, uma adequação do instrumento a uma linguagem e compreensão mais apurada, podendo com isso propiciar uma melhor apreensão da realidade estudantil.

V.2) Os Grupos focais

Os dados referentes às entrevistas de grupos focais foram obtidos durante as reuniões com os alunos. Foram desenvolvidas 11 reuniões de grupos focais sendo que os participantes em cada reunião foram compostos de alunos do 1º ao 3º ano de medicina. Formaram-se 4 grupos, distribuídos da seguinte forma: Grupo I (1º ano, N=07), Grupo II (1º ano, N=06), Grupo III (2º ano, N=05) e Grupo IV (3º ano, N=06). Em cada um dos grupos foram realizadas 3 reuniões de grupos focais à exceção do 2º ano onde ocorreram 2 reuniões. Para a coleta de dados das entrevistas focais foram adotados todos os procedimentos teóricos citados neste estudo para o desenvolvimento da estratégia.

Dessa forma para o desenvolvimento das reuniões foram preparados roteiros de entrevista semi estruturada, descritos no Anexo B. Na 1ª reunião foram

esclarecidos os objetivos do estudo e os participantes tomaram ciência do Termo de Consentimento Pós-informação. As reuniões de grupos ocorreram em período simultâneo e em dias diferentes e tiveram a duração em média de 1 hora e meia a 2 horas. Todas as reuniões de grupos focais foram gravadas e posteriormente transcritas. Os temas utilizados para as entrevistas focais referiam-se aos seguintes tópicos: 1) As razões que motivaram a escolha profissional pela Medicina; 2) As dificuldades vivenciadas até o momento; 3) As expectativas quanto ao papel do médico e 4) As expectativas quanto a atividade de grupo reflexivo. Para a condução das entrevistas focais foram utilizados todos os cuidados metodológicos preconizados pela literatura pertinente ao tema (Vaugh *et al*, 1996; Morgan, 1997) além de treinamento supervisionado da pesquisadora para o desenvolvimento da estratégia.

V.3) O Grupo reflexivo

Ao final de todas as entrevistas de grupos focais, todos os alunos que participaram dos grupos focais foram convidados para participarem de uma reunião geral de esclarecimento sobre como seria a próxima etapa do estudo, ou seja, o grupo reflexivo e nessa ocasião foram novamente convidados a aderirem à proposta. Foi explicitado claramente nessa reunião, conduzida pela pesquisadora através de uma exposição oral aos alunos, o objetivo do trabalho, como o grupo se daria, sua periodicidade, horário e tempo de duração das reuniões e como estas ocorreriam.

Os alunos foram informados, portanto, que seriam 9 reuniões semanais, sendo que as três primeiras seriam etapas de “aquecimento” para promover o contexto grupal entre os participantes e que seriam utilizados nessa ocasião jogos dramáticos para um maior envolvimento dos participantes. As reuniões posteriores seriam o processo reflexivo propriamente dito, sobre o papel do estudante de medicina e suas dificuldades acadêmicas, enfatizando que as questões que seriam tratadas no grupo seriam decorrentes do levantamento das entrevistas de grupos focais. Os alunos foram informados ainda que uma última reunião de avaliação seria realizada, para averiguar os benefícios ou não da proposta de grupo reflexivo.

Assim, foram montados dois grupos inicialmente tendo-se o cuidado de manter equilibrada a participação de alunos de anos diferentes, no entanto, em

função de dificuldades de horários, apenas um grupo deu início á atividade proposta. É importante salientar que como a atividade reflexiva foi desenvolvida no ano posterior às entrevistas de grupos focais, os alunos que eram do 1º ano passaram a ser considerados do 2º ano e assim sucessivamente com os demais participantes. Portanto, este grupo se constituiu pela participação dos estudantes que agora cursavam o 2º ,3º e 4º ano respectivamente. Dessa maneira, o grupo reflexivo ocorreu através de reuniões semanais, com duração de 2 horas cada. A atividade foi desenvolvida em horários pré-definidos pelos alunos e que não coincidiam com horário de aula (hora do almoço). Todas as reuniões de grupo reflexivo foram gravadas e transcritas.

V.4) A Reunião de avaliação do grupo reflexivo

A reunião de avaliação foi proposta aos alunos para que ocorresse após 15 dias do término do grupo. Todos concordaram e o grupo todo compareceu no dia marcado. Foi escolhida como estratégia de avaliação grupal, a entrevista de grupo focal, que foi gravada e transcrita. Nesse sentido, alguns temas foram selecionados para a avaliação:

- 1) Avaliação cognitiva: o que foi o grupo reflexivo para cada um dos participantes, como eles denominariam ou caracterizariam o processo que vivenciaram;
- 2) Avaliação afetivo-vivencial: O que sentiu ao vivenciar o processo grupal, quais foram os seus sentimentos ao participarem do grupo;
- 3) Aproximação Avaliativa: Como avalia, no geral, o grupo, como uma experiência positiva, negativa, o que faltou nas atividades e sugestões para futuros trabalhos.

V.5) A Observação participante e a análise documental.

A observação participante e a análise documental são estratégias metodológicas inseridas no contexto da investigação qualitativa e que neste estudo tiveram a função de complementar as informações obtidas sobre a contextualização da instituição na qual ele se desenvolveu. Os teóricos qualitativistas defendem a eficácia e importância da observação participante, pois a mesma é capaz de gerar contribuições importantes e significativas durante o contexto da coleta de dados. Dessa forma, o pesquisador através da observação participante pode compor e

entender melhor o conjunto das regras implícitas nas atividades de um determinado grupo social, pode também imergir na realidade do grupo social investigado, colocar-se sob o ponto de vista do grupo pesquisado tornando sua inserção no contexto o mais eficiente e empática possível (Minayo, 1998).

Além disso, a análise documental também fornece indícios importantes para a investigação científica. Considerando a presente investigação com os estudantes de medicina de uma instituição de ensino superior, é importante destacar que através dos relatos, dos documentos e dos depoimentos de integrantes do contexto investigado é possível obtermos informações que possam contribuir posteriormente na interpretação mais realista dos dados obtidos.

No presente estudo a pesquisadora tinha acesso à Instituição, sendo integrante de um serviço de apoio psicológico e psicopedagógico aos estudantes de medicina da referida faculdade. Sendo assim, foi facilitado o contato com os alunos através do referido serviço e com a instituição como um todo, possibilitando assim o envolvimento com sua história, com seus integrantes, com a administração e com os órgãos colegiados responsáveis pelo ensino de graduação do curso médico.

Através de documentos, depoimentos dos participantes da história da Instituição foram obtidos, possibilitando-se assim, estabelecer uma visão etnográfica e contextualizada dos aspectos socio-historico-educacionais da faculdade de medicina em questão. As contribuições nesse sentido estão descritas em capítulo posterior referente à contextualização da Instituição.

VI- PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos propostos para a análise dos dados, convergiram na heterogeneidade de estratégias adotadas por alguns autores no âmbito da pesquisa qualitativa, que subsidiou o referencial teórico desse estudo, propiciando um sistema de análise mais apropriado e seguindo passos delimitados. Destacamos as propostas de Minayo, (1994, 1999); Spink,(1993, 2000, 2002a, 2002b) Lefèvre (2000, 2003)

Estes autores buscam, sobretudo nos procedimentos de análise de dados de pesquisa qualitativa, apreender o significado dos discursos emitidos pelos atores sociais do estudo, buscando compreender o mais fidedigno possível as representações contidas nesses discursos. Em se tratando de entrevistas de grupos

focais, é importante destacar também o contexto em que as falas dos participantes foram expressas, ou seja, a cada opinião emitida de um aluno, existia um contexto próprio da situação grupal que favorecia essa fala. Assim, em um levantamento das propostas de análise de dados obtidas na literatura, optou-se por desenvolver um roteiro de procedimentos, que possibilitou uma melhor sistematização dos dados transcritos de todas as entrevistas. Descreveremos a seguir:

1-O diário de campo: A cada reunião transcrita, era feito um diário de campo, onde todas as observações pertinentes ao processo de realização da entrevista eram anotadas. Essa estratégia do diário de campo é fundamental para subsidiar oportunamente a análise do processo grupal. As observações eram registradas após o desenvolvimento do grupo, e diziam respeito a comentários dos alunos antes da reunião, no momento de chegada, durante a reunião, algum acontecimento que não tenha sido possível registrar na gravação .

2- A utilização de um roteiro: Todas as entrevistas possuíam um roteiro semi-estruturado, com objetivos definidos e com tópicos que seriam abordados. O roteiro encontra-se descrito no Anexo B.

3- Leitura flutuante: Todas as entrevistas, depois de gravadas e transcritas, foram relidas em diversas ocasiões, tendo como objetivo tomar o máximo de contato com o material para que se pudesse apreender os temas recorrentes em seu conteúdo. Esse procedimento, segundo Minayo (1998), permite uma dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes, as teorias relacionadas ao tema que permitem tornar a leitura mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial.

Para os procedimentos de análise dos dados, a literatura, quanto aos estudos de abordagem qualitativa, salienta que as estratégias adotadas estão sendo repensadas durante todo o tempo de realização do estudo. Nesse sentido, optamos por autores na literatura nacional, que sugerem procedimentos semelhantes quanto a organização e interpretação de dados qualitativos. Destacamos autores como Minayo (1998), Spink, (1993, 2000, 2002 a, 2002b) e Lefèvre (2002, 2003).

Lefèvre (2002, 2003) desenvolveu um método de análise denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Segundo o autor, o objetivo de uma pesquisa de representação social é o resgate do imaginário social sobre um determinado tema. Desta forma, Lefèvre criou um estilo de análise apropriado para apreender as

representações sociais dos participantes de um estudo, valendo-se de quatro figuras metodológicas que, no final, permitem a construção de um discurso único, obtido por vários sujeitos. As estratégias são descritas a seguir:

1-Expressões –chave: As expressões-chave (ECH) são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso obtido, que devem ser sublinhadas, destacadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento, do conteúdo discursivo dos segmentos em que divide o depoimento.

2-Idéias Centrais: Trata-se de um nome ou de uma expressão lingüística que revela e descreve, de maneira sintética, precisa e o mais fidedigna possível o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo das expressões-chave. No modelo proposto por Minayo (1998), podemos considerar que as idéias centrais são as categorias empíricas, que são um tema, uma denominação dada a um conjunto de falas que possuem significados semelhantes.

3- Ancoragem: Algumas expressões-chave remetem a uma idéia central correspondente, mas podem também corresponder a uma figura metodológica denominada ancoragem, que é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença, que o autor do discurso professa, para “*enquadrar uma situação específica*”.

4- O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): é um discurso síntese, redigido na 1ª pessoa do singular e composto pelas expressões-chave que tem a mesma idéia central. Dessa maneira, o DSC visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário.

Ao explicitar a técnica proposta por Lefèvre, consideramos que alguns pontos podem ser incorporados em nosso estudo como úteis na sistematização de nossos dados. No entanto, o autor ao trabalhar com o Discurso do Sujeito Coletivo desenvolve a técnica valendo-se de entrevistas individuais. A nosso ver, a técnica de sistematização proposta pelo autor não contempla totalmente o trabalho que envolve entrevistas com grupos focais. Temos que considerar que na coleta de dados que é realizada através de entrevistas grupais, os discursos emitidos podem ser influenciados e, nesse sentido, torna-se talvez contraditório criar um discurso síntese, que possa ser representativo daquele grupo. Desta maneira, preferimos adotar, em nossa estratégia, apenas as duas primeiras figuras metodológicas (expressões-chave e

idéias centrais), como uma forma didática de operacionalizar nossos dados, considerando também que a proposta de Minayo (1998) nos forneceu subsídios para tal passo. Assim, a cada re-leitura das entrevistas realizadas, eram formulados quadros com as principais expressões-chave identificadas, no entanto, em coluna paralela era destacado o contexto em que o discurso fora emitido. No caso das entrevistas em grupo, o contexto é de extrema importância para a análise do processo grupal posterior.

Assim, descrevemos os seguintes passos na técnica de análise dos dados, seguindo alguns passos do modelo de Lefévre (2002, 2003) e Minayo (1998):

1-Instrumento de Análise 1-A identificação das expressões chaves nas falas dos alunos: O **Quadro 1** apresenta um exemplo de como as expressões chaves (ou Unidade de Significado), se posicionam dentro de uma Unidade de Contexto. O que se encontra em negrito é uma idéia inicial que poderá depois se tornar na Idéia Central.

Quadro 1: Instrumento de Análise 1- IAD-1:Exemplo de expressões –chave retiradas das entrevistas de grupos focais, em relação aos alunos do 3º ano frente a questão: *Porque você decidiu fazer medicina?*

ALUNO	UNIDADE DE SIGNIFICADO (Expressões-chave)	UNIDADE DE CONTEXTO
A 23	A23: ...o que eu pensava antes....não é o que eu penso agora...o porque eu entrei é diferente do porque eu continuo...(Mudança na visão do porque fazer medicina)	Pesquisador: eu queria saber um pouquinho...a carinha dela!!1 ... A: eu não sei até agora!!! O grupo ri do comentário. Pesquisador: mas vamos pensar lá na época do vestibular....quando vocês prestaram o vestibular porque fazer medicina?...que que será que tava....por detrás disso?! A23: ...o que eu pensava antes....não é o que eu penso agora...o porque eu entrei é diferente do porque eu continuo... Pesquisador: então fala um pouquinho sobre isso....
	A23: não...Quando a gente...antes de entrar..eu tinha uma visão assim...mais da biologia..da coisa...eu sempre achei bonito sabe...foi mais o desafio de conhecer mesmo...eu tinha como bonito o corpo humano....eu queria conhecer...hoje em dia...eu...tanto que eu pensava na área de pesquisa...mas hoje em dia assim...o contato que a gente...o pouco contato que a gente teve com o paciente e tal...mudou totalmente assim....eu quero clínica tal...e eu...agora...eu penso muito mais assim em ajudar pessoalmente do que através de pesquisa...por.que antes era uma coisa mais egoísta..acho que eu pensava em mim...e conhece-lo né...mas agora eu penso mais em ajudar do que...(O contato com os pacientes fez surgir mais a idéia de ajudar as pessoas)	A23: ...o que eu pensava antes....não é o que eu penso agora...o porque eu entrei é diferente do porque eu continuo... Pesquisador: então fala um pouquinho sobre isso.... A23 não...quando a gente...antes de entrar..eu tinha uma visão assim...mais da biologia..da coisa...eu sempre achei bonito sabe...foi mais o desafio de conhecer mesmo...eu tinha como bonito o corpo humano....eu queria conhecer...hoje em dia...eu...tanto que eu pensava na área de pesquisa...mas hoje em dia assim...o contato que a gente...o pouco contato que a gente teve com o paciente e tal...mudou totalmente assim....eu quero clínica tal...e eu...agora...eu penso muito mais assim em ajudar pessoalmente do que através de pesquisa...por.que antes era uma coisa mais egoísta..acho que eu pensava em mim...e conhece-lo né...mas agora eu penso mais em ajudar do que...

Instrumento de Análise 2: Identificação das Idéias Centrais: Todas as expressões-chave que contenham idéias centrais similares são agrupadas em categorias empíricas, os discursos são agrupados porque traduzem um sentido semelhante. Neste sentido, a cada expressão-chave destacada era associada uma idéia central, que se transformava depois em uma categoria empírica, conforme mostra o exemplo do **Quadro 2** abaixo.

Quadro 2: Instrumento de Análise 2-IAD 2:Exemplos de categorias empíricas retiradas das entrevistas de grupos focais, em relação aos alunos do 1º ano frente a questão: *Porque você decidiu fazer medicina?*

1.1- A Medicina enquanto um desafio

A13: porque é difícil de passar..**(O desafio pelo vestibular para medicina).**

A2: ...é...eu tinha uma noção assim ...eu sempre achei medicina algo muito...muito puxado...algo muito....**(Idealização da dificuldade do curso, o curso de medicina é difícil)**

1.2-O altruísmo

A13: não..não....acho que não....(continua rindo)...conscientemente acho que sim...mas aí...eu pensava que eu achava legal...devia ser legal assim...cuidar das pessoas né..**(Cuidar das pessoas)**

A13: ...eu acho que principalmente é trazer alívio!!**(Trazer alívio para as pessoas)**

A11:...ah..eu também acho..pra cuidar das pessoas...pra ajudar as pessoas ...e também porque...eu era fascinada pelo corpo humano...eu achava assim muito bonito...aí eu descobri que tinha eletricidade....vontade...(começa a rir do seu comentário e alguns colegas também)...aí não é tão lindo assim....**(Altruísmo e o interesse pelo corpo humano)**

A14: ...é...não....eu digo assim...eu to falando que decidi por psiquiatria...uma coisa assim..era muito forte pra mim...é que...nessa época...eu cheguei até...eu não posso dizer isso...masah não sei...eu era meio confuso....tinha umas idéias meio diferentes...(os colegas riram)....mas...nãohã...eu tinha certeza assim...que..uma coisa assim que eu gostava muito...que me motivava...é...como que eu falo...hã...trabalhando...uma coisa assim...que me motivava...era poder ajudar os outros..**(Poder ajudar os outros)**

1.3- O interesse pela área de biológicas

A11: ..e biologia.....biologia era legal...mas eu devia ter feito biologia né!!**(Interesse pela área de biológicas)**

1.4- O bom aluno presta medicina

A2: ..aí eu comecei a fazer orientação vocacional...aí sempre surge aquele negócio...aí eu sempre fui bem em nota...fui bem de treineiro no vestibular...e tal...faz medicina..**(O bom aluno presta o vestibular mais difícil)**

1.5- O contato prévio com a profissão (Ambiente hospitalar)

A2: ..aí eu conheci o ambiente...conheci muita gente..o pessoal mais velho...do hospital..onde tão trabalhando....no hospital tal...eu vi que eu gostava mesmo..**(Contato com o ambiente hospitalar)**

1.6- O prestígio e status social

A12: você pensa assim...ah...eu vou ser médico....sempre tem aquela coisa assim....em torno do médico...né...o médico é...sabe...tem um status muito grande...a profissão ...eu acho..**(O status da profissão médica)**

1.7- A perspectiva de relacionamento humano/contato com as pessoas

A12: ...eu acho que isso.também....é uma das coisas que mais me atrai...porque ...além de você trabalhar com das máquinas mais perfeitas que existem ...que é o corpo...porque você vê...se você estudar anatomia...você pára.....pra pensar...o que o (nome de professor) fala...que é...o engenheiro fez tudo direitinho...fez tudo direitinho....é perfeita né...mas também o fato de você ter contato com as pessoas....eu pra mim pelo menos isso é muito importante....sabe...é não...você conhecer a natureza humana....você...sabe...uma pessoa chega....como que ela....tudo bem...ela tem uma doença.....como que ela reage a isso....entendeu?!...como que o paciente lida com isso....**(O relacionamento com as pessoas, o conhecimento da natureza humana)**

A9: ...não sei...uma coisa que me atraía era conversar...assim...eu...conversar com pessoas....mas....**(Relacionar com as pessoas, ajudar, conversar)**

1.8- Influência familiar

A8: ..ah...eu assim...eu não tenho certeza absoluta...eu não acredito muito nesse negócio de vocação...sabe...eu fiz teste vocacional...mas eu acho que ..ninguém nasceu pré destinado pra ser uma coisa...ou foi criado pra alguma coisa...acho até que tem um pouco de influência que nem eles falaram...influencia do status..influencia dos pais.....família...(Status e influência familiar)

A14: ..é...é...assim...com muita dificuldade ele fez o curso de odontologia...mas o que ele queria mesmo era medicina (está um pouco confuso , mas penso que ele fala do pai)...então de certo modo...acho que ...ficou um pouco frustrado em relação a isso...e desde criança assim....tanto pra mim quanto pros meus irmãos mais velhos...ele sempre falava muito isso sabe...voce vai fazer medicina...voce vai fazer medicina...sabe...e sei lá...tipo...eu pequenininho...né...não tinha...criticidade nenhuma...então...eu achava né...normal....eu nunca sonhei assim...em ser bombeiro..em ser jogador de bola...nada disso sabe.(Influência familiar)

1.9- A perspectiva que a medicina traz de auto-conhecimento

A8: ..ah...acho uma coisa que....acho que...pelo menos não seja claro...mas o interessante é você se conhecer também...não é?!...você sente alguma coisa...porque eu to sentindo isso?!...eu acho isso interessante...(Possibilidade que a medicina traz de auto conhecimento)

1.10- A diversidade de atuação da profissão médica

A14uma das coisas que me...assim....que facilitou minha decisão também é...assim...a multiplicidade..assim...tipo...as....várias áreas em que o médico poderia ta...atuando....(A diversidade de atuação que a profissão fornece)

1.11- Para dar saúde e salvar as pessoas

A14:uma das coisas que me...assim....que facilitou minha decisão também é...assim...a multiplicidade..assim...tipo...as....várias áreas em que o médico poderia ta...atuando....(A diversidade de atuação que a profissão fornece)

Elaboração do texto para apresentação: Após todas as categorias empíricas terem sido identificadas, as mesmas foram organizadas, agrupadas e apresentadas em forma de texto, com trechos explicativos retirados das transcrições.

Apresentaremos a seguir os resultados do presente estudo, em relação a todas as etapas do mesmo: contextualização, pré-inquérito, grupos focais e grupo reflexivo.

VII- RESULTADOS

1ª Parte: Contextualização : Caracterização da Instituição e histórico do ciclo básico

Com relação a contextualização da Instituição, para abordá-la recorreremos a literatura existente a respeito da história da Instituição, obtidas de artigos publicados em Revistas Médicas, mas que foram escritos por integrantes da própria Instituição e desta forma serão considerados por nós como “documentos históricos”. Ainda serão acrescentadas informações neste tópico, obtidas pela própria pesquisadora como uma participante no interior da Instituição.

O presente estudo foi desenvolvido em uma Faculdade de Medicina, de ensino público, localizada em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. O surgimento dessa Instituição ocorre no início da década de 50, buscando acompanhar o espírito de interiorização do desenvolvimento do país, que procurava, através de um projeto nacional, levar às cidades do interior um perfil de modernidade.

Recentemente , foi publicado um livro cujos autores Mauro e Nogueira (2004) retratam toda a história e o surgimento da referida instituição sobretudo o cenário que envolvia o Ensino Médico no estado de São Paulo no período de 1912 a 1950. A iniciativa foi apoiada e incentivada pelos representantes administrativos da instituição, que consideravam importante que fossem resgatados os acontecimentos e a conjuntura que envolveram a criação de uma escola de Medicina no interior do Estado de São Paulo. Esta publicação portanto, trouxe subsídios importantes ao nosso trabalho no sentido de contextualizar o momento histórico político e social em que a referida instituição foi criada.

Dessa forma, o que abordaremos em seguida serão produtos dessa contribuição de Mauro e Nogueira (2004), não tendo a pretensão obviamente de retratar todo o panorama histórico e literário tão bem abrangido pelos autores, mas sim, registrar algumas das idéias principais que explicita um pouco melhor os rumos tomados pela própria instituição ao qual investigamos, no que diz respeito ao ensino de graduação.

Assim, através de relatos dos autores podemos perceber que a criação, ou o desejo de “nascer” uma Faculdade de Medicina no interior do estado, vinha de

encontro às tendências e aos interesses já existentes, por iniciativas de progressos no ensino médico em São Paulo.

A excelência da Faculdade de Medicina sempre foi uma “marca registrada” desde a sua implantação em 1952. Os autores desse recente documento histórico, entrevistaram personagens importantes no contexto histórico do surgimento da Instituição e registraram depoimentos dos mesmos, que indicam o quanto a Faculdade de Medicina possuía um alto grau de reconhecimento pelos próprios integrantes e geradores de sua história. Assim, podemos identificar essa questão em um dos depoimentos colhidos de um integrante da Faculdade, que a definiu nos seguintes termos: “*sob o aspecto de graduação, uma escola regional, sob o aspecto de pós-graduação, uma escola nacional e sob o aspecto de pesquisa, uma escola internacional*”. (Mauro e Nogueira, 2004, p.13).

Ainda nessa direção, um outro depoimento importante registrado pelos historiados diz respeito à intenção subjacente que tinha o fundador da Faculdade na época de sua implantação representada pelo seu depoimento a respeito da criação da Faculdade de Medicina. Segundo ele: “*ela não foi criada simplesmente para fabricar doutores. Ela deseja antes de tudo formar equipes de cientistas, despertar vocações para a pesquisa e criar um centro de irradiação de conhecimento no campo das ciências médicas*” (Mauro e Nogueira, 2004, p.97).

Percebe-se claramente que desde a sua criação a Faculdade de Medicina sempre teve como propósito de “excelência” em sua tradição. Isso nos reporta a um contexto de que todos os seus integrantes, desde os administradores, o corpo docente e discente e os funcionários participaram desse cenário inicial onde a qualidade do ensino e do funcionamento da instituição como um todo eram metas a ser seguidas por todos os seus integrantes.

Assim, em relação ao histórico do ensino de graduação na referida instituição, tema relevante em nosso estudo, Troncon *et al* (1998) descrevem que desde o início de sua criação, o curso de graduação em medicina obedeceu ao modelo geral “flexneriano”, que aderiu em linhas gerais ao modelo proposto por Abraham Flexner, em 1910, que provocou transformações profundas na época, no ensino médico.

Havia, portanto, na instituição a preocupação constante com o elevado padrão de ensino, com base no método científico, implementando aulas práticas em

laboratório e o ensino clínico em hospital próprio, onde havia interação dos alunos com os participantes sob a supervisão de professores médicos.

No entanto, essas atividades desenvolvidas no âmbito da assistência, na visão dos autores, marcou uma acentuada dedicação da instituição à pesquisa e à formação pós-graduada, baseada no tripé assistência-ensino-pesquisa. Isto por certo contribuiu para o prestígio da instituição, mas também gerou, nos anos 70, um impacto negativo no curso de graduação médica. O que ocorria, no dizer dos autores, é que as características adquiridas ao longo dos anos pela Instituição, contribuíram de certa forma para um enfoque exageradamente biológico e tecnicista na educação de seus graduandos, em detrimento de uma formação mais abrangente de conteúdos humanísticos.

Assim, em 1993, é iniciada uma re-estruturação curricular na referida Instituição. Prado (1996) relata a experiência vivida nesse período. Inicialmente, aponta que a necessidade de mudança curricular estava de certa forma atrelada à autonomia concedida aos departamentos, que em muitos casos resultava de contextos de disciplinas desvinculados da estrutura curricular pretendida. Além disso, a formação do estudante raramente evoluía para uma formação efetivamente ampla e mais adequada aos objetivos terminais da Faculdade de Medicina.

Desta forma, a Comissão de Graduação da referida instituição, como órgão assessor da Diretoria da Faculdade relativo às questões do ensino de graduação, mobilizou seus membros para tentativas na correção da estrutura curricular.

Assim, por essa nova estrutura, o curso médico ficava assim distribuído; a) ciclo básico: ocuparia dois anos da graduação (1º e 2º anos), cujas tentativas de renovação diziam respeito a integração de disciplinas afins e ao estabelecimento da seqüência de disciplinas segundo critérios de complexidade crescente; b) o ciclo clínico, dividido em duas fases, uma pré-clínica (propedêutica, 3º ano) e uma clínica (4º.ano); c) Internato: passou a ocorrer em dois anos (5º e 6º anos da graduação).

A reforma curricular trouxe avanços, conforme relata Prado (1996), mas também algumas dificuldades tais como: excessiva carga horária destinada a aulas teóricas, sobrecarga de informações, ausência de mecanismos de incentivo às atividades de ensino de graduação.

Dessa maneira, para o nosso entendimento sobre a evolução que assumiu ao longo dos anos o ensino de graduação nesta escola médica é necessário entendermos todo o panorama do ensino médico e suas transformações ao longo da história. Inicialmente, quando da criação do curso médico, havia uma preocupação grande com o ensino de graduação conforme verificamos em relatos recentes de historiadores.

De certa forma através desse panorama apresentado percebemos que a faculdade em momento histórico anterior tinha seu foco mais centrado no ensino de graduação que era a maior de todas as finalidades. Entretanto nos dias atuais o panorama da universidade como um todo e das próprias escolas médicas no geral, mudaram nesse sentido. Talvez a representação do ensino de graduação como uma preocupação primeira no contexto universitário, já não tenha mais o mesmo valor, a mesma importância que tinha em décadas passadas.

Na atualidade, as universidades como um todo têm uma preocupação com seus programas de pós graduação, e muitas vezes, o número de pós graduandos ultrapassa expressivamente os alunos de graduação de referidos cursos. Esses aspectos são importante de serem salientados, pois se considerarmos a questão do ensino, como envolvendo vários segmentos dentro da instituição universitária, teremos como partes integrantes e importantes desses segmentos, os alunos e os professores.

Assim, tanto um quanto o outro sofrem as influências impostas muitas vezes pelas mudanças históricas que cercam o contexto universitário. O professor, que inicialmente podia e se sentia “motivado” a valorizar suas aulas na graduação médica, se vê ao longo dos anos, vivendo possivelmente um grande paradoxo. A universidade cobra do professor uma dedicação quase que exclusiva ao ensino de graduação e também de pós graduação. Nesse aspecto, o envolvimento desse profissional com o ensino de pós graduação, que evoluiu significativamente após os anos 70, se traduz também em “cobranças” na sua “performance” de excelência e produtividade. O professor portanto sofre os reflexos dessa mudança histórica ao longo dos anos em relação a priorização em muitos casos nas atividades de pesquisa, produção científica, ligadas a pós graduação, e com isso, havendo um certo “desmerecimento” por situações que envolvam o ensino de graduação.

Da mesma maneira, o aluno, como membro integrante da instituição, e como parte de um segmento representado por ela, também sofre de certa forma as consequências boas ou ruins de todas essas mudanças. Assim como o professor, o aluno também de diversos anos e diversas épocas da formação médica nesta instituição apresentada, têm suas histórias e experiências para relatar, denotando sucessos ou frustrações advindas das mudanças ocorridas na história da criação e implantação do curso médico nesta instituição.

Conhecer a trajetória histórico-acadêmica da faculdade torna-se relevante pois nos permite caminhar por uma constante compreensão de todo o processo que cercou a origem dos conflitos acadêmicos apresentados hoje pelos graduandos. Assim, independente da questão da reforma curricular, também é importante destacar que no contexto da instituição começa a surgir, por volta de 1990, uma preocupação com o corpo discente da Faculdade, preocupação esta originada também dentro da Comissão de Graduação (Cianflone, 1993; 1996; Cianflone e Figueiredo, 1993; Fernandez e Rodrigues, 1993; Cianflone *et al*, 2002).

Em muitas escolas médicas internacionais já se tinha uma preocupação com a saúde mental dos seus universitários, basicamente tendo o curso médico como precursor dessas questões, uma vez que, dadas as particularidades dessa formação, já assinalas aqui, era notório que casos muito específicos de distúrbios de comportamentos sérios se agravasse na população discente, preocupando muitas vezes a população docente e os dirigentes da instituição. Na maioria das escolas médicas, os serviços de apoio ao estudante universitário acabam se originando por causa do aparecimento de quadros psiquiátricos nesta população discente. Assim, as instituições se organizam conforme suas disponibilidades, para manterem equipes de apoio aos alunos, considerando como aspecto central a preocupação com a saúde mental do estudante e também com a sua adaptação ao novo contexto acadêmico, muitas vezes completamente desconhecido do aluno, independente do curso ao qual almejou.

É neste contexto que surge um órgão de apoio educacional e psicológico para os estudantes de medicina da referida instituição, que tinha inicialmente em suas atribuições, a tarefa de atender aos alunos de medicina, sob o enfoque psicológico e psicopedagógico. Sua consolidação ocorre em 1990 com a contratação de uma

equipe técnica composta por pedagoga e psicóloga. O serviço também assumia a tarefa de auxiliar a comissão de graduação nos aspectos que envolvessem as questões do ponto de vista discente, como o auxílio à adaptação ao curso e também ao desenvolvimento de estudos e projetos na área médica, contribuindo assim para a detecção precoce de problemas emocionais e acadêmicos, comumente enfrentados pelos estudantes. Assim, o serviço existente há 12 anos, tem atuado não apenas no atendimento aos alunos de medicina, mas também tem dado contribuições em estudos e projetos na área médica, subsidiando o ensino de graduação, desenvolvendo métodos, instrumentos e técnicas específicas de trabalho que possam contribuir na minimização dos aspectos ansiogênicos que a formação médica proporciona (Cianflone, 1996; Cianflone e Fernandez, 1993; Cianflone e Figueiredo, 1993; Cianflone *et al*, 1996; Cianflone *et al*, 2002; Colares *et al*, 2002; Fernandez e Cianflone, 1991; Fernandez e Rodrigues, 1993; Figueiredo *et al*, 1996; Figueiredo *et al*, 1997).

É desta forma que surgem os estudos já citados nessa presente investigação e também a perspectiva do desenvolvimento de um grupo reflexivo, proposta central deste trabalho. É importante notar que, dentro do contexto que envolve o órgão de apoio enquanto assessor da Comissão de Graduação, optou-se por desenvolver neste momento uma pesquisa-ação, para dar continuidade, de certa forma, aos elementos já levantados em outros estudos, que dizem respeito às dificuldades iniciais que os alunos de medicina apresentam no início da formação médica. Estaremos expondo a seguir, a operacionalização do presente trabalho.

2ª parte: O pré-inquérito

Os dados coletados através do pré-inquérito foram calculadas as frequências e as porcentagens de respostas a todos os itens. Os resultados originados dessa etapa encontram-se descritos nas Tabelas abaixo.

Tabela 5-Porcentagens de respostas dos alunos do 1º ano de medicina, em relação ao nível de satisfação frente a alguns aspectos do ciclo básico.

1º ANO (N=90)	1.Muito boa %	2.Boa %	3.Satis- fatória %	4.Ruim %	5.Muito Ruim %	SR* %
1-Carga Horária do curso	4,4	12,2	27,8	46,7	7,8	1,1
2-Atividades em sala de aula	4,4	14,4	54,4	20,0	5,5	1,1
3-Atividades práticas	11,1	27,8	43,3	14,4	2,2	1,1
4-Exigências das avaliações	14,4	24,4	35,5	17,8	6,7	1,1
5-Desempenho nas provas	7,7	25,5	44,4	17,8	3,3	1,1
6-Relacionamento interpessoal (com colegas)	41,1	38,9	13,3	4,4	1,1	1,1
7-Relacionamento interpessoal (com professores)	11,1	30,0	42,2	13,3	2,2	1,1
8-Atividades de pesquisa (iniciação científica)	4,4	5,5	16,7	14,4	24,4	34,4
9-Monitoria	2,2	8,9	18,9	13,3	22,2	34,4
10-Relação entre as atividades do básico com a profissão médica	4,4	12,2	31,1	35,5	13,3	3,3
11-Atividades extracurriculares (Ligas, CARL, AAARL,etc)	23,3	27,8	32,2	8,8	3,3	4,4

*SR: Sem resposta

A **Tabela 5** apresenta as respostas obtidas pelos alunos de medicina do 1º ano frente a alguns aspectos abordados do ciclo básico. Nota-se pelas porcentagens apresentadas que em relação a carga horária do curso, 46,7% dos alunos a consideram ruim e 27.8%, satisfatória. Os alunos ainda consideram satisfatório, em sua maioria, as atividades em sala de aula (54,4%), as atividades práticas (43,3%) e o relacionamento interpessoal com os professores (42,2%). Uma porcentagem

expressiva de alunos que não responderam aos itens de iniciação científica (34,4%) e às atividades de monitoria (34,4%) podem estar relacionadas ao fato de que nesse período da graduação, a inserção nestas respectivas atividades ainda é pequena.

Tabela 6-Porcentagens de respostas dos alunos do 2º ano de medicina, em relação ao nível de satisfação frente a alguns aspectos do ciclo básico.

2º ANO (N=83)	1-Muito boa %	2-Boa %	3-Satis- fatória %	4-Ruim %	5-Muito Ruim %	SR* %
1-Carga Horária do curso	4,9	4,9	32,5	38,5	18,0	1,2
2-Atividades em sala de aula	2,4	13,2	65,0	18,0	1,2	-
3-Atividades práticas	25,3	14,4	45,7	13,2	-	1,2
4-Exigências das avaliações	12,0	8,4	53,0	24,0	2,4	-
5-Desempenho nas provas	13,2	16,8	55,4	10,8	3,6	-
6-Relacionamento interpessoal (com colegas)	43,3	30,1	19,2	4,8	2,4	-
7-Relacionamento interpessoal (com professores)	10,8	19,2	50,6	13,2	3,6	2,4
8-Atividades de pesquisa (iniciação científica)	14,4	7,2	28,9	19,2	15,6	14,4
9-Monitoria	3,6	3,6	16,8	28,9	26,5	20,4
10-Relação entre as atividades do básico com a profissão médica	7,2	8,4	44,5	27,7	9,6	2,4
11-Atividades extracurriculares (Ligas, CARL, AAARL,etc)	38,5	15,6	24,0	6,0	8,4	7,2

*SR: Sem resposta

A **Tabela 6** descreve as respostas dos alunos do 2º ano. Dos 83 estudantes que responderam ao pré-inquérito, obtivemos que 32,5% em relação a carga horária, a consideram satisfatória e 38,5% a consideram como ruim, em outras palavras, em torno de 60% dos alunos do 2º ano possuem um nível de satisfação frente a carga horária talvez conflitante. A opinião dos alunos também foi considerada satisfatória por uma porcentagem expressiva de estudantes frente à: atividades em sala de aula (65,0%); atividades práticas (45,7%); exigência das avaliações (53,0%); desempenho nas provas (55,4%); relacionamento com os professores (50,6%) e a relação das

atividades do básico com a profissão médica (44,5%). Ainda em relação a esse último item citado, 27,7% dos alunos consideram ruim a relação das atividades no curso básico com a prática médica. O relacionamento interpessoal com os colegas é representado através de um nível de satisfação muito bom por quase 50% dos alunos (43,3%).

Tabela 7- Porcentagens de respostas dos alunos do 3º ano de medicina, em relação ao nível de satisfação frente a alguns aspectos do ciclo básico.

3º ANO (N=67)	1-Muito boa %	2-Boa %	3-Satisfa- tória %	4-Ruim %	5-Muito Ruim %	SR* %
1-Carga Horária do curso	23,8	10,4	28,3	29,8	7,4	-
2-Atividades em sala de aula	8,9	2,9	58,2	26,8	3,0	-
3-Atividades práticas	35,8	10,4	31,3	17,9	3,0	1,5
4-Exigências das avaliações	13,4	8,9	47,8	25,4	1,5	3,0
5-Desempenho nas provas	25,4	7,5	53,7	7,5	4,5	1,5
6-Relacionamento interpessoal (com colegas)	34,3	28,3	26,9	7,5	1,5	1,5
7-Relacionamento interpessoal (com professores)	29,8	11,9	38,8	14,9	-	4,5
8-Atividades de pesquisa (iniciação científica)	22,4	14,9	29,8	8,9	10,4	13,4
9-Monitoria	14,9	6,0	19,4	20,9	16,4	22,4
10-Relação entre as atividades do básico com a profissão médica	14,9	7,5	31,3	32,8	8,9	4,5
11-Atividades extracurriculares (Ligas, CARL, AAARL,etc)	34,3	20,9	28,3	11,9	3,0	1,5

A **Tabela 7** apresenta as porcentagens de respostas dos 67 alunos do 3º ano que responderam ao pré-inquérito. É importante considerar que os estudantes do 3º ano não são considerados como pertencentes ao ciclo básico da referida instituição, pois nesse período do curso já iniciam suas atividades pré clínicas no hospital escola, conforme destacamos no item relativo à caracterização da instituição. Nesse sentido as respostas obtidas representam o nível de satisfação dos estudantes do 3º ano em relação às suas atividades desenvolvidas quando da passagem pelo ciclo básico.

Podemos perceber através dos dados explicitados na tabela, que em torno de 50% dos alunos consideram satisfatória (28,3%) e ruim (29,8%) a carga horária do curso, apesar que 23,8% a classificam como muito boa. Com relação ao desempenho em provas 53,6% dos alunos consideram seu desempenho satisfatório.

3a Parte: As entrevistas de grupos focais.

Os resultados que serão expostos a seguir, são decorrentes das entrevistas de grupos focais e resultaram da análise de categorias empíricas, obtidas através dos procedimentos utilizados para análise de dados, já citados nesse estudo no capítulo de Metodologia. Assim, serão descritas todas as categorias empíricas levantadas em relação aos quatro temas abordados com os alunos do 1º, 2º e 3º ano de medicina: a escolha pela profissão médica, as dificuldades vivenciadas no curso até o momento, o papel de médico e as expectativas quanto ao desenvolvimento de um grupo reflexivo. Os resultados serão apresentados na sequência dos temas que foram abordados nos grupos focais e pelo ano da graduação (1º ao 3º ano).

ALUNOS DO 1º ANO

Tema 1: A escolha pela Medicina

1.1) A vocação

A escolha pela medicina por razões vocacionais foi enfocada pelos alunos como algo que surgiu precocemente desde criança. O interesse pela área se manifestava através de brincadeiras e/ou comentários e influência de familiares, conforme são destacados nos discursos abaixo:

A2: eu desde pequeno queria fazer medicina...desde pivete...eu queria ser médico

A5: ...também desde pequeno eu quis ser médico...desde que eu me conheço por gente eu já operava os bichinhos lá de casa....(...)não....as bonecas da minha irmã coitada....aí depois voce vai amadurecendo, voce vai conhecendo...a carreira...né depois meu primo fazia medicina....meu padrinho formou em medicina...já era médico...aí eu fui pegando o gosto pela ciência médica né....ah...?????sempre tem uma visão social de ajudar tudo...mas acho que isso não é o maior motivador....

A6: ...é verdade...eu também..assim...o meu único....pra parar pra pensar eu não lembro quando que eu comecei a falar que queria ser médica....todo mundo fala que foi coisa assim muito precoce....e...parece assim...hoje se voce me pergunta porque....parece que eu não consigo dissociar...entendeu...o principal motivo que me impulsionou pra ta aqui...

1.2) O altruísmo

As falas dos estudantes nesse primeiro tópico indicam que o altruísmo é visto pelos estudantes sob 4 aspectos essenciais: a) o altruísmo e a visão do social de salvar e ajudar as pessoas, b) o altruísmo e a busca de conhecimento, c) o altruísmo como um meio para o alívio das dificuldades da profissão.

Desta forma, a escolha pela medicina se dá frente à possibilidade de ajudar os outros, curar as pessoas, trazer alívio ao sofrimento. No entanto, o altruísmo também foi adicionado ao fato de adquirir conhecimentos. Desta forma, ajudar, curar e poder salvar as pessoas, segundo os alunos, é possível com a aquisição freqüente de conhecimento. Os discursos abaixo exemplificam melhor as questões sinalizadas nas categorias obtidas:

A5: (...)sempre tem uma visão social de ajudar tudo...mas acho que isso não é o maior motivador.... sempre tem uma visão social de ajudar tudo...mas acho que isso não é o maior motivador.... ah...pra mim...não eu sempre quis....ajudar também..né...acho que a gente tem que buscar o melhor não só pra nós....mas pros outros né... mas.....isso não faz...a profissão...faz voce agüentar os trancos da profissão....por amor...voce pode fazer muita coisa...mas...acho que agüentar uma vida inteira sofrendo....mas pelo gosto e pela ciência do conhecimento....mesmo que a medicina te traz...quem faz assim...aí voce vai amadurecendo essas idéias....né..amadurecendo o fato de que voce sempre quis tá relacionado a essa área....né...a idealização também...isso tudo...aí quando voce vê já ta aqui dentro....

A5: .voce utiliza seu conhecimento.....pra ajudar os outros..entendeu?

A13: não..não....acho que não.....conscientemente acho que sim...mas aí...eu pensava que eu achava legal...devia ser legal assim...cuidar das pessoas né..(...): ...eu acho que principalmente é trazer alívio!!!

A11:...ah..eu também acho..pra cuidar das pessoas...pra ajudar as pessoas ...e também porque...eu era fascinada pelo corpo humano..

A14: (...)...hã...eu tinha certeza assim...que..uma coisa assim que eu gostava muito...que me motivava...é...como que eu falo...hã...trabalhando...uma coisa assim...que me motivava...era poder ajudar os outros...

1.3- O interesse pelo relacionamento humano e pela área de biológicas

Essa categoria ficou representada pelos alunos de 1º ano como o grande interesse que sempre tiveram pela área de biológicas e pelo conhecimento do funcionamento do corpo humano. Além disso, os alunos registram grande interesse na possibilidade que a medicina oferece de relacionamento humano com os pacientes, a troca de experiências que essa relação traz, e a possibilidade sempre

presente do conhecimento da natureza humana. Desta forma, parece que a medicina se configura como a profissão que une a perspectiva de relacionamento humano e o contato com as pessoas com o conhecimento biológico.

A2: (...)eu sempre gostei muito da parte de relações humanas....assim...estudo...um dado...sociedade assim...ciências sociais....isso me atrai...eu gosto de ler sobre...me agrada saber....sobre isso..mas eu sempre gostei muito de biologia...química....na parte de ciências...ciências.....naturais...então...achei que a única carreira que unia as duas..o relacionamento humano.....com a parte de ciências biológicas...com a parte de química...então acabei prestando medicina...

A11:...(...)s ...e também porque...eu era fascinada pelo corpo humano...eu achava assim muito bonito...aí eu descobri que tinha eletricidade...

A12: ...eu acho que isso.também....é uma das coisas que mais me atrai...porque ...além de você trabalhar com das máquinas mais perfeitas que existem ...que é o corpo...porque você vê....se você estudar anatomia...você pára.....pra pensar...o que o (professor X) fala...que é...o engenheiro fez tudo direitinho....fez tudo direitinho....é perfeita né...mas também o fato de você ter contato com as pessoas....eu pra mim pelo menos isso é muito importante....sabe...é não...você conhecer a natureza humana....você...sabe...uma pessoa chega....como que ela....tudo bem...ela tem uma doença.....como que ela reage a isso....entendeu?!...como que o paciente lida com isso...

A9: ...não sei...uma coisa que me atraía era conversar...assim...eu...conversar com pessoas....

1.4)- O prestígio e status social da profissão

Neste aspecto, as tendências de respostas convergem para o fato de que a medicina, segundo os alunos têm um status e prestígio social, que acaba sendo considerado no momento da escolha, senão pelos alunos, por familiares que sentem orgulho em ter um médico na família.

A12: você pensa assim...ah...eu vou ser médico....sempre tem aquela coisa assim....em torno do médico...né...o médico é...sabe...tem um status muito grande...a profissão ...eu acho

A8: ..ah...eu assim...eu não tenho certeza absoluta...eu não acredito muito nesse negócio de vocação...sabe...eu fiz teste vocacional...mas eu acho que ..ninguém nasceu pré destinado pra ser uma coisa...ou foi criado pra alguma coisa...acho até que tem um pouco de influência que nem eles falaram...influencia do status...

A1: na sobrevivência....é...agora minha mãe não...ela fala assim ó...faz o que quer....eles dois deixam muito..... Se bem que no fundo....minha mãe sempre...a família inteira né...tem um médico assim...

A4: (...) selecionei algumas profissões...aí peguei e falei assim...a medicina é a mais concorrida...não deve ser a pior então...eu acho que deve ser a que vai trazer mais

recompensa pra mim...não só em questão financeira...mas em questão de gratificação também..

1.5) A medicina enquanto profissão liberal e a sua diversidade de atuação

Os alunos registram que a medicina enquanto profissão pode dar a perspectiva do trabalho liberal, da autonomia e da estabilidade e segurança financeira além de ser um campo vasto no sentido da diversificação em relação às áreas de escolha. Segundo as respostas obtidas, parece existir um consenso dos alunos de que o médico é um profissional que consegue sempre uma colocação de trabalho.

A5: ...também tem o fato de voce ser um pouco também....poder decidir a tua vida....ser um profissional liberal né....(...) .profissional liberal...voce com o estetoscópio no pescoço....voce pode entrar em qualquer canto né.

A6: uma coisa que eu ia falar...que o Igor assim jogou...é...a diversidade de coisas que voce pode fazer dentro da medicina...entendeu...como por exemplo....quando voce entra....voce tem mais ou menos assim na cabeça....ou as pessoas não tem a mínima idéia do que vão fazer...mas voce tem afinidades entendeu....e...dentro da carreira voce pode tipo seguir o que mais...voce tem de afinidade e partir prum campo...sei lá...diferente...(....).tem carreiras que voce pode fazer só aquilo entendeu.....tem pouca escolha dentro da carreira....

A14:uma das coisas que me...assim....que facilitou minha decisão também é...assim....a multiplicidade..assim...tipo...as....várias áreas em que o médico poderia ta...atuando...

A3: quer motivo...tipo um momento de crise como tem agora....querendo ou não voce tem....mesmo no sub consciente...voce tem uma certa tendência a ...buscar alguma coisa que te de....uma....uma certa segurança...mesmo.....há quem pense que não...mas...de qualquer jeito...

1.6) A Medicina enquanto um desafio

Passar no vestibular para medicina, para alguns dos alunos entrevistados, tornou-se um desafio, no sentido também de, mesmo não passando pela 1ª vez no vestibular, continuar tentando. No entanto, também aparece a questão de que ter noção é uma coisa, vivenciar é outra bem diferente.

A2: ..então...e mais assim...eu já pensei também que...quando eu não passei no 3º colegial...fui atrás de saber porque eu ia fazer medicina....porque ia ser difícil de passar....eu não....se eu gostasse...eu acho assim...se realmente eu achar que é isso que eu quero....

A5: (...).mas também todas as pessoas que falam pra voce...olha...medicina tem isso...isso...isso.....aí eu falei pra eles...então voce larga a medicina...troca de profissão....quer dizer...não larga...

A3:..acaba sendo também um desafio né!

A4: *quando voce começa a primeira vez.....acaba sendo...se voce não conseguiu passar voce quer passar...*

A13: *porque é difícil de passar..*

A10: *...bom...eu escolhi medicina...por gosto...ao que me atrai...que eu gosto...eu tinha noção que era difícil...sabe...que ia tomar muito tempo...ta certo que voce tem noção é uma coisa...voce viver é outra...né...*

1.7) A influência de familiares

A escolha pela medicina, para alguns alunos, teve a influência de familiares, do convívio que alguns já tinham com a profissão, de pais médicos ou parentes próximos.

A8: *..ah...eu assim...eu não tenho certeza absoluta...eu não acredito muito nesse negócio de vocação...sabe...eu fiz teste vocacional...mas eu acho que ..ninguém nasceu pré destinado pra ser uma coisa...ou foi criado pra alguma coisa...acho até que tem um pouco de influência que nem eles falaram...influencia do status...influencia dos pais.....família..*

A14: *..é...é...assim...com muita dificuldade ele fez o curso de odontologia...mas o que ele queria mesmo era medicina (...)...então de certo modo...acho que ..ficou um pouco frustrado em relação a isso...e desde criança assim....tanto pra mim quanto pros meus irmãos mais velhos...ele sempre falava muito isso sabe...voce vai fazer medicina...voce vai fazer medicina...sabe...e sei lá...tipo...eu pequenininho...né...não tinha...criticidade nenhuma...então...eu achava né...normal....eu nunca sonhei assim...em ser bombeiro...em ser jogador de bola...nada disso sabe.*

A5: *(....) depois meu primo fazia medicina...meu padrinho...*

A3: *(..)...aí....depois...queria .queria fazer Direito...Direito...Direito...fiquei o maior tempo...aí depois no 1º 2º colegial eu falei....ah...vou fazer medicina....até que eu comecei a entrar em hospital...aí tipo...eu comecei a andar mais....com meus primos que tão fazendo...aí comecei a entrar no hospital....*

1.8) O interesse pela rotina de vida do médico

Em relação à rotina de vida do médico, alguns alunos colocam essa questão como um fator de motivação que subsidiou na escolha pelo curso médico. O contato prévio com a rotina de vida de um hospital, através de familiares médicos, ou independentemente disso, serviu de estímulo para a criação de uma idealização da profissão. No entanto, para alguns alunos a própria rotina médica, quase foi motivo para desistirem da medicina, uma vez que essa rotina poderia tirar a liberdade de ter uma vida mais tranqüila junto aos familiares e influenciar substantivamente em sua qualidade de vida.

A3: *eu acho...eu acho que...o ver...ver..a .o..dia a dia do médico sabe?...entrar no hospital...ver como que é...sei lá....aquela...aquela corrida....tipo voce ta...Natal*

assim....toca o bip pra voce ir embora fazer alguma cirurgia.....fazer um parto...é legal isso...

A4: legal?!...

A3: é...legal....(...) é...tipo voce vê...um parto...voce vê uma cirurgia...voce vê a pessoa morrendo antes depois voltar....

A5: ou não voltar!!

A3: ou não voltar..

A2: esse foi um dos pontos que me deixaram meio....

A5: isso é que desanima!!voce perder um

A3: mas voce é um médico...voce foi treinado pra ajudar alguém...

A5: ..a gente fala uma coisa..ah...vamo ajudar...vamo ajuda..vamo ajuda...só que chega uma hora...que num...voce pergunta ali as vezes....porque essa mulher ta entrando em trabalho de parto 4 horas da manhã?!....

A2: ..aí eu conheci o ambiente...conheci muita gente..o pessoal mais velho...do hospital..onde tão trabalhando....no hospital tal...eu vi que eu gostava mesmo...(.) ..que era o que eu queria!!....(.) ...é que eu confirmei mesmo....

Tema 2- As dificuldades vivenciadas até o momento na formação médica

2.1- A relação professor-aluno

Esse aspecto foi amplamente relatado pelos alunos, relacionando-o a questões referentes à falta de didática do professor no ciclo básico, provocando dificuldades no relacionamento com os alunos. No entanto, parece que os alunos consideram o professor como figura importante para mostrar a relevância de determinados conteúdos e estimular o aluno para o aprendizado. Consideram como importante a disponibilidade do professor em ajudar o aluno. No entanto, parece que acaba ocorrendo uma associação entre o “não conseguir aprender” e ao “péssimo futuro médico”. Nesse aspecto, é bastante salientado que o professor deveria conhecer mais o ritmo de vida do aluno, suas mudanças e seu momento, pois parece que essa falta de “sintonia” na relação acaba desmotivando os alunos para o aprendizado de algumas disciplinas.

A13: ...é...eu deixei de perguntar pra ele...porque uma vez eu perguntei uma coisa pra ele...ele falou assim...mêu procura....sabe...eu falei...puxa...mas eu quero que ele me mostre....ele não vai me mostrar o negócio...eu não to achando....(outra pessoa começa a falar simultaneamente com ela). (...).depende do professor ele enfatiza mais....assim...olha...isso aqui...é sério..porque lá na frente vocês vão ver tal coisa...tem professor que fala procê.....tem uns que falam né..(...) ..aí ele falou assim que teve uma nota negativa...no...negócio do no passado....

A12: ...inclusive ele falou...já falou pra gente ...perto da prova...que ele deu fisiologia de membrana também....ele falou assim...gente...se vocês tiverem dúvida...vocês podem ir pro laboratório...(.) ..é...elenão adianta você também ficar falando....não...porque se você não souber isso...você vai ser um....

A9: ...mas não...mas sem contar com isso....tipo...o professor...se a gente...a gente tem que ficar consciente que tem que ser auto didata...mas ao mesmo tempo o professor tem que ta consciente de que a gente ta acabando de sair desse tipo de sistema...

A14: ...pra mimum jogou demais...até a didática do professor...acabou me desestimulando...(...)..não...assim...pra mim assim...muitas vezes..eu...mesmo agora..Histologia...é...uma matéria que ...no 1º semestre eu me empenhei bastante....eu tava é...eu...não sei....eu sei que é importante...todas as matérias aqui tão sendo importantes...assim...(e ri)...umas mais...outras menos...né...mais...é...todas são e ...eu sei que ...eu vou precisar muito....principalmente dessas ??? de sistemas..mais..eu acho que ...o modo como o professor ele...leva a aula...é o modo assim...a relação professor aluno...(...)...em...em um dia...no 1º dia de aula...ele tava mostrando uma lâminas..e assim...acho que não...ia dar tempo dele mostrar todas as lâminas....ele chegou a perguntar pra sala se todos tinham visto...eu falei em alto e bom som que não (deu ênfase no “não”)....que não tinha visto...ele fez questão de mudar a lâmina e procurar outra estrutura...ou seja...ele acabou até...ignorando...o pedido meu que seria de ta...hã...vamos dizer assim...da...do pessoal...da maior parte da turma...que já tinha encontrado e eu ainda não tinha visto..

A3: é...e outro problema...o professor fica reclamando demais esse negócio de tempo...tempo...tempo...acaba...criando na cabeça do aluno...uma coisa que ta faltando tempo....que...não era pra ser assim...

2.2) A dificuldade dos professores em mostrarem a importância de determinado conteúdo que é dado no ciclo básico para a sua utilização na prática médica.

Os alunos levantam a questão de que os professores não conseguem ou não explicitam claramente o porquê aquele conteúdo do básico deve ser dado e qual a contribuição dele na prática médica futura. Isso provoca uma certa insegurança, pois os alunos relatam que gostariam de saber o que de fato será importante para o futuro médico em sua prática profissional. O fato de surgirem dificuldades para o aprendizado de algumas matérias faz com que o aluno cobre de si mesmo uma compreensão adequada daquele conteúdo e, caso isso não ocorra, gera um desconforto frente ao papel que exercerá no futuro, ou seja, para ser um bom médico é necessário saber todo o conteúdo do ciclo básico.

A8: ...acho que não tem muita noção.....ainda não tem idéia assim do que que realmente vai ser importante....

A14: ..até..mesmo porque assim...é...da mesma forma como a gente ta começando...é complicado a gente ter a consciência de...assim...do quanto aquela matéria é realmente importante....então eles...todos dão ênfase...que é super importante....então você mesmo que se cobra a ta....a ter uma compreensão daquilo....

2.3) Dificuldades em lidar com o lazer e a vida acadêmica

Neste aspecto que envolve o lazer e as atividades acadêmicas, os alunos sentem uma grande dificuldade em hierarquizar tais atividades em suas vidas, em função do tempo. Parece que é comum para a maioria dos estudantes, nessa fase, o dilema em conciliar as atividades de lazer, que consideram importantes e necessárias para as suas vidas, e as atividades que são da obrigação da vida acadêmica. Em muitas ocasiões os alunos apontam que precisam “sacrificar” alguma atividade do curso, se quiserem fazer algum esporte ou qualquer outra atividade que seja diferente das usuais da atividade universitária. Surge então o conflito em relação a questão: “ou estudo ou me divirto” e esse aspecto torna-se um fator de ambigüidade para o aluno, pois ele sente necessidade de se divertir, mas ao mesmo tempo não consegue priorizar o que é mais importante naquele momento, ou seja, estudar ou se divertir e descansar.

A1: eu vejo assim...um monte de pessoas que eu vejo...que eu sei que ta estudando sempre e tal...só que...só fazem isso....não tão num esporte...(...)semana...as vezes ta...cansado..assim...não..se eu estudar agora vou ficar muito cansado...tipo assim...num domingo...é...se eu não descansar agora...assim...eu posso perder a semana inteira...porque ...'tá cansado...agora se eu descansar eu preciso estudar...se eu descansar...eu vou ficar atrasado...

A3: ...as férias desaparecem...parece que as férias fogem... o horário fica mais complicado...(...) ..voce pensa assim...aqui vai ser complicado....então voce tem que arranjar mais tempo...pra fazer as coisas....aproveitar mais no 1º e 2º ano....então voce tem que conciliar a falta de tempo pra estudo....com esporte é uma coisa que voce gosta de fazer...mais um tempinho pra fazer um social...pra se divertir tudo.... (...) porque ...querendo ou não....esse momento na nossa vida é um momento que voce tem que ter um lazer...voce tem que se divertir....porque se voce ficar só pra estudar....só pra isso...voce vai pirar...voce vai chegar uma hora ...

A5: voce só consegue...voce só consegue reservar um horário pra voce, em detrimento de outro....não é que voce tem um horário teu...eu quero jogar vôlei...né..quero fazer qualquer coisa...em detrimento dos meus estudos...

A2: agora eu cheguei.....eu..eu...não vou abrir mão...de treinar vôlei, eu não vou abrir mão de de vez em quando sair com o pessoal...não vou não...se eu parar de fazer isso..eu enlouqueço..

A13: ...ah...eu...pelo menos eu fico.....entendeu?....eu vou numa festa...eu ia nesse fim de semana pra casa...a menina falou assim...ah...vamo numa festa....não sei que...não sei que....eu falei...não...eu tenho que estudar....eu não posso ir assim...eupreciso estudar...e mesmo que eu não estude tanto o fim de semana....eu não fui na festa....porque eu fiquei aqui entendeu? (os colegas riram)...

A14: ...esse ano assim...eu to forçando....to colocando isso de alguma forma....e mesmo assim não consigo fazer tipo....com que seja...é...isso nem sempre acaba...tipo me fazendo tão bem....porque assim...um dia....eu nado de

manhãzinha...outro dia eu nado a tarde...outro dia eu nado a noite...mas assim...é mais pra tentar...é...buscar um....um....falando assim...um bem estar que não to conseguindo...assim...da mesma forma como eu tinha o ano passado...

A10: ...a vida da gente não se resume só no curso...(...) mesmo porque se você estudar mais durante a semana....aí no final de semana você tem um tempo maior pra você fazer o que você gosta.

2.4) Dificuldades com a carga horária do curso: a falta de tempo e a quantidade de conteúdo das disciplinas.

Os alunos apontam na carga horária do curso sua grande dificuldade, inclusive para mantê-los motivados em relação às disciplinas. Falta tempo para cuidar da própria saúde, pois se isso é necessário, o mesmo tem que ocorrer em detrimento de algum horário de aula ou atividade acadêmica. Além disso, foi relatado pelos estudantes que essa questão da falta de tempo, acaba criando uma rotina de vida difícil, além do que isso acaba sendo reforçado também por alguns professores, que consideram pequena a carga horária que sua disciplina tem. Nesse aspecto, os alunos que já se sentem sobrecarregados, parece que ficam mais “contagiados” pela questão que envolve o tempo do estudante de medicina, provocando com isso a falta de motivação para os estudos.

A1: ...uma coisa até simples...fazer um tratamento fisioterápico...né...então uma colega nossa..ela ta fazendo...mas ela tem que faltar a aula pra poder ir fazer...

A5: aquela...aquela famosa divisão do trabalho.....porque o trabalhador tem que trabalhar 8 horas?...ele tem que trabalhar 8 horas porque 8 horas ele trabalha....8 horas ele dorme....e 8 horas ele vive....a gente trabalha 8 horas...depois estuda mais as 8 horas ...e as 8 horas da noite o que a gente faz?...estuda também porque eu vou ter prova amanhã...(os colegas riem) (...)...bom...além de tudo tem o paradigma.....que a gente se encontra hoje.....no nosso lado a gente acha que tem muita coisa....do outro lado os professores acham que....que eles não tem tempo...

A11: ...é muita prova....é muita aula...pra pouca janela...

A12: ...então...pra sei lá...coisa assim...que acaba te desmotivando....porque você não pode parar...você não pode pesquisar...você não pode compreender aquilo melhor...

A14: ...é complicado assim...a carga assim....o tanto que a gente tem que absorver agora...em um dia...olha só como o (nome de aluno) falou que a gente tem que acabar vendo sei lá...50....100 páginas em um dia..

A10: ...é pior!!...que...a carga horária no meu ponto de vista....tinha que ser estipulada pra você estudar a matéria no dia...conforme ela é dada você vai estudando...aí você acompanha o curso bem..

2.5) A mudança no estilo de ensino – aprendizado: as dificuldades com a aprendizagem, com a organização nos estudos.

Em relação à questão do novo estilo de aprendizagem, no geral os alunos apontaram as exigências que são atribuídas aos alunos do ciclo básico. Os conteúdos de algumas disciplinas são dados de forma atropelada, no entanto, se o aluno tivesse mais tempo livre na grade horária, poderia ir mais em busca de conhecimento. Para os estudantes, parece que fica complicado lidar com a questão de ter que estudar apenas para tirar nota. No cursinho era um estilo, agora, apesar de reconhecerem as diferenças e que as mesmas são necessárias, sentem dificuldades em lidar com esse aspecto. Os alunos fazem um paralelo entre aqueles que, apesar de enfrentarem as mesmas dificuldades, conseguem tirar boas notas nas provas. Além disso, como ocorre acúmulo de provas e matérias, isso acaba provocando uma desorganização nos estudos e falta de motivação para o mesmo, falta de vontade para estudar em função do cansaço físico e mental.

A3: ...tem vários casos de pessoas aqui no básico que não são aquela coisa...chega no clínico destrói....muitos casos disso viu...muitos amigos ... eu vejo que...no básico era um merda...pegava exame de tudo...se fudeu em tudo....e chegou na clínica destrói...agora...é um baita médico...

A5: ...e voce é exigido de uma maneira como que o professor não acredita....isso se ele consegue falar aquilo que ele quer né....

A6: acho assim....o que voce questiona...não é tanto...assim...é lógico, voce percebe que as coisas estão sendo atropeladas...vamos dá um exemplo assim de Anatomia...mas aí eu paro pra pensar...mas a gente ta num curso universitário....a gente fica assim...voce não tem mais que receber as coisas prontas....entendeu...voce tem que ir atrás....eu não me importaria...se as coisas fossem jogadas, mas que voce tivesse um pouco mais de...(...) sabe outra coisa que eu acho?...eu acho assim...que a gente não tem base pra falar o que ta faltando...por exemplo assim...ah sei lá...que nem ele falou agora....a gente vê três vezes a mesma coisa e ta faltando um monte de coisa....mas será que a gente é mesmo capaz de saber o que ta faltando?!..

A13: ...só que tem gente que consegue...chega lá ...faz isso e tira nota....eu não consigo...

A14: ..é complicado....porque a gente começa já a contestar....porque se isso vai pesar...no futuro...assim...profissionalmente....aí você já começa a falar...nossa mas será que eu vou conseguir ser um bom médico?!...entendeu?...porque eu não to entendendo nada disso...

A13: agora..... era pior...eu até já falei...eu estudava menos no cursinho do que eu estudo agora...

A9: ...é assim.....tipo...é aquele...aquele ...discurso básico...todo mundo sai do 3º ...e do cursinho assim...com todas as coisas mastigadas...agora...tudo...eu concordo que a gente não tem que aprender mais mastigado...

A10: ah...mas agora eu estudo com mais prazer.... ...ah dependendo da matéria eu gosto..

A9: ...daí você ...lógico...vai deixar pra trás isso...e vai ver depois....então fica uma reação dominó né..(...) ...as vezes nem é isso...mas é...bem essa coisa de motivação...né...que você quer enrolar o máximo...pra não.

A8: ...ah assim...tudo isso que eles falaram....mas tem uma coisa que eu acho difícil também é ter vontade pra estudar....você tá cansada e tudo... mas você não tem ânimo...quando...você começa a ler aquilo....assim..(...) eu acho que fico fugindo assim....sabe...preciso fazer isso...preciso fazer aquilo...ah depois eu estudo.

2.6) A vida do estudante de medicina em geral: a mudança de rotina, a vida “robotizada”, o lidar com a autonomia, o sair da casa dos pais

Os alunos apontam de forma quase unânimes dificuldades que são vivenciadas no dia a dia do estudante de medicina, ou seja, terem que administrar as mudanças que são típicas de qualquer universitário, como, por exemplo, o ‘sair de casa’, o lidar com a autonomia. Além disso, é levantada a questão do “mundinho fechado” do estudante de medicina, ou seja, em função da falta de tempo, a maioria das atividades extra-acadêmicas que os alunos se envolvem acaba sendo dentro da própria instituição como os esportes, por exemplo, e nesse sentido é como se vivessem em um ambiente completamente restrito. Mesmo que tentem vivenciar coisas fora da medicina, o mundo fica restrito só a isso, só a aspectos e assuntos ligados a medicina. Um aluno ressalta que essa restrição pode acabar gerando no futuro problemas na relação com o paciente, pois o estudante de medicina vivendo esse mundo restrito, apenas com seus pares, pode criar um “distanciamento” na relação com os pacientes. Embora a mudança de rotina da vida universitária seja colocada em alguns momentos como difícil, a experiência ainda é considerada válida por um aluno.

Os alunos também reforçam a falta de vontade para estudar, falta de ânimo, decorrente da carga horária intensa e das dificuldades muitas vezes pessoais em aprenderem a organizar seu tempo, sua rotina de vida e de estudo. Os problemas para os alunos que vem de outra cidade, também foram destacados como a dificuldade de

adaptação a uma nova cidade, à novas moradias, às relações interpessoais que nem sempre correspondem ou se igualam às da cidade de origem.

A esse respeito vale considerar que dos 240 estudantes de medicina que responderam ao pré-inquérito deste estudo, apenas 25% dos mesmos são procedentes e residem com familiares em Ribeirão Preto. Dos 24 alunos que aceitaram participar das entrevistas de grupos focais, apenas 3 alunos são procedentes de Ribeirão Preto.

Ainda em relação a carga horária, sendo essa extensa, o aluno passa a maior parte do tempo na faculdade, e acabam ressaltando que suas vidas ficam “robotizadas”, perdendo de certa forma a individualidade. Alguns alunos consideram que essa perda da individualidade pode mais para frente gerar dificuldades na relação com o paciente. Também é destacado que no meio dessas tendências a ter que lidar com uma série de frustrações, provocadas pela falta de tempo e acúmulo de conteúdo das disciplinas, tem o aspecto das dificuldades nas relações interpessoais, na superficialidade dessas relações, a divisão de grupos e formação de painéis.

A3: porque ...querendo ou não....esse momento na nossa vida é um momento que voce tem que ter um lazer...voce tem que se divertir....porque se voce ficar só pra estudar....só pra isso...voce vai pirar...voce vai chegar uma hora ...

A5: voce só consegue....voce só consegue reservar um horário pra voce, em detrimento de outro....não é que voce tem um horário teu...eu quero jogar vôlei...né...quero fazer qualquer coisa...em detrimento dos meus estudos...

A2: agora eu cheguei...(A3 começa a falar junto)...eu..eu...não vou abrir mão...de treinar vôlei, eu não vou abrir mão de de vez em quando sair com o pessoal...não vou não...se eu parar de fazer isso..eu enlouqueço...

A3: verdade...é robotizado....

A2: aí cara...eu acho que..acontece...já começa desde o curso...já pega desde o começo do curso...ninguém tem tempo pra nada....só vive aqui dentro de um mundinho...medicina...ta entendendo...completamente restrito...(...) acabou a individualidade...(...): aí disso sai aquele bando de médico arrogante....porque eles pensa que só existe eles no mundo...ta entendendo...e aí vão lidar.....vão lidar com o paciente...e o pobre do paciente chega...um pobre coitado lá da favela chega...no consultório...olha...e....o????sente inferiorizado porque o cara ta muito bem...atrás de uma mesa enorme...na cadeira dele...com uma pose enorme....passou...estudou...provavelmente tem uma vida bem melhor do que a dele...(...)no relacionamento interpessoal....eu acho que não atrapalha...pelo menos pra mim não...eu sinto falta...muita falta dos meus amigos...dos meus amigos em Fortaleza...sinto muita falta da minha família...já deve ter dado pra perceber...sou muito ligado na minha família....e tudo...mais.....mais dá...são coisas que dá pra se levar...cheguei aqui já fiz ótimas amizades na faculdade...no começo foi meio frustrante...porque...eu deparei com alguns veteranos que não me agradaram nenhum pouco????? (ri um pouco do seu próprio comentário que não dá pra entender)mas agora eu já conheci pessoas que a minha cabeça bate um pouco mais....alguns veteranos com quem eu já me dou bem melhor....ta entendendo...ta bem mais agradável....agora...mas...o que acontece...é que...chegou agora....eu

tenho que...eu tenho que ta preocupado sempre com a data pra pagar minhas contas....com a correria do banco que tem que ir senão fecha...mas tem a aula...(...)eu acho a experiência...extremamente válida...né...entendeu?!...eu faço questão de continuar...de continuar....lavando roupa...passando roupa...fazendo isso tudo...isso é indiferente...

...a questão é...entrou no tempo de novo entendeu...quando eu vou lavar minha roupa...me falta tempo pra estudar..

A9: ...daí você ...lógico...vai deixar pra trás isso..e vai ver depois....então fica uma reação dominó né.(...) ...as vezes nem é isso...mas é...bem essa coisa de motivação...né...que você quer enrolar o máximo...pra não.

A8: ...ah assim...tudo isso que eles falaram....mas tem uma coisa que eu acho difícil também é ter vontade pra estudar....você ta cansada e tudo... mas você não tem ânimo...quando...você começa a ler aquilo....assim...(...)eu acho que fico fugindo assim...sabe...preciso fazer isso...preciso fazer aquilo...ah depois eu estudo..

A13: é...eu sou da Comissão de Formatura...aí fulano falou assim...ah...fulano não pagou...que fulano?...fulano...assim...assim...assado...eu não sei quem é fulano....pra mim é um nome assim...

A12: ...é...só que é uma coisa meio superficial....você vê que...forçado realmente....não é uma amizade mesmo...assim...

A9: ..e é estranho....quando....essa coisa deas vezes você acha que você....é amigo de vários...e daí você percebe que não é bem assim....ou então você...você fala...nossa...mas...é muito fácil você se sentir querido e sozinho....

A14: ..mas a maioria ..ta com essas divisões...da....de turma.(...) ...e mesmo quando junta toda a turma..ainda formam as panelinhas ..

A9: ...acho também tem uma coisa assim...o pessoal...de fora....de adaptação a cidade...(...)...porque as vezes...você ...você...consegue se encaixar legal...no meio sabe...você se adapta...mas quando tem um monte de coisa assim te pressionando...é mais difícil ainda...(...) ..imagina você voltar pra casa ter um almocinho quentinho..

2.8- Distribuição da carga horária

Esse item ficou assinalado pelos alunos como a falta de organização na distribuição da carga horária, e como consequência uma falta de comunicação entre as disciplinas, ou seja, segundo os alunos, alguns conteúdos são repetidos em mais de uma disciplina. A questão da carga horária é assinalada novamente, no sentido em que o conteúdos das disciplinas é aumentado, mas o tempo para a administração das mesmas não, e dessa forma isso acaba acarretando dificuldades para o aluno, em relação a sua própria organização do tempo. Essa desorganização das disciplinas acaba provocando de certa forma uma desorganização também na administração da vida acadêmica do aluno como um todo. No entanto, um aluno aponta a importância, apesar das dificuldades, das disciplinas do ciclo básico, pelo fato destas serem o pilar de sustentação para a posterior prática clínica.

A3: ..falta uma organização nessa faculdade porque voce tem a mesma aula umas trezentas vezes....voce tem uma aula que fala de uma coisa em biocel...depois repete em(...) não se comunicam...repete a mesma aula...aí falta aula pra outra coisa mais importante....

A4: ta faltando temposó que mesmo assim...mesmo se eles pusessem mais tempo....a gente ia ficar o dia inteiro na faculdade...a noite inteira..não sei eu acho que ...a carga horária ta legal pelo tanto que a gente fica na faculdade...as vezes cansa...mas voce sabe que ta faltando espaço....só que eu acho que ta surgindo cada vez mais....matérias novas igual TD...Genética....vai aumentando a carga da matéria....mas a carga horária não dá... (..) acho que falta tempo...tempo é uma questão que eu já sabia que não ia ter muito mesmo...né...mas eu não pensava que aqui em Ribeirão Preto...ia ser tão...ínfimo...assim o tempo né...pra voce...que nas outras faculdades assim...em São Paulo...voce sabe...os outros também é...é pesado...eles também tem bioquímica em 6 meses...eles tem anatomia em 2 anos...só que eles tem 4ª feira livre...eles tem tempo....de estudar..(...) ...voce tirá do básico aquilo que é essencial pra toca a área clínica...

A6: voce não pode fazer...voce não pode voltar pra casa porque voce tem aula aqui a tarde....então voce tem que ficar aqui...ou estudando...ou fazendo hora....

A7: ...chegar em casa...jantar...senta fica estudando até...até 10 horas...estudar tudo decentemente?!...na hora que eu chegar no 3º ano vou ta morrendo...porque eu não vou mais ter saúde pra nada (...) eu acho assim...que o horário as vezes é muito mal estruturado....por exemplo...as vezes tem aula....ta lá no horário...das duas as seis....a aula acaba três horas....entendeu?

A9: eu acho quecarga horária...a distribuição...da.....porque assim...você pode....eu não me importo de ter3 aulas de Biocel...na semana...ou...e...sendo essa de 1 hora e meia cada uma....então você ter 4 horas..de...uma aula só...

A14: ...as janelas que eles colocam são de....assim...é janela de...sei lá de vez em quando...a gente tava vendo aquelas janelas das9 as 10....das 10 as 11...quenão dá tempo de você fazer nada...sabe...você vai ter que...

2.9) A frustração com o início da formação médica (des-idealização)

Esse aspecto foi abordado pelos alunos em sua maioria, ressaltando que o início da formação médica traz frustração, porque esperavam ou imaginavam que a medicina era uma coisa e quando se deparam com o início do curso, sentem um grande distanciamento entre a verdadeira prática médica que idealizaram e o que de fato estão vivendo. Esta questão parece estar representada em alguns discursos, em relação aos conteúdos das disciplinas do ciclo básico, que não trazem *a priori* uma noção da prática médica. Parece que a representação de como é o médico, ou a vida do médico no início da formação, está associada a uma carga horária de atividades intensa. No entanto, alguns alunos reconhecem que já sabiam que o início de todo curso, independente de ser medicina ou não, é frustrante; outros alunos ressaltam que

o impacto desse período da formação é bastante chocante, podendo também significar uma dificuldade de lidar com o novo.

A3: ...eu acho que ta sendo meio complicadinho...voce pega...voce leva um baque inicial...voce dá ...uma estruturada....aí...meio novidade...sei lá...parece novidade...um troço assim....

A5: eu...me preparei né..pra fazer...eu sabia que o negocio era puxado..que era complicado...que eu ia ter que estudar muito....que voce... vai trabalhar com um mundo completamente novo...tudo isso voce mais ou menos vai sabendo que voce vai ter que encontrar pela frente né...só que uma coisa é voce imaginar..outra coisa é voce viver...isso né...voce começa a sentir na pele mesmo...um cansaço de ter que estudar...até mais tarde...a responsabilidade...ter que aprender...sabe...a magia até um certo ponto de aprender coisas que voce até agora não imaginava..(...) falta tanto...tanto falta que até a graduação sabe que falta ...que eles até já tem uma matéria pra tentar animar..a gente que é Iniciação a Saúde ...eles sabem muito bem que isso é importante pra gente...pra gente...

A3: voce já entrou numa parede...200 por hora batendo numa parede...

A1: ...olha...eu vim preparado...assim...pelo que eu ouço....todo mundo...não só medicina....mas de qualquer curso....o 1º ano é frustrante assim

A5: ...também tem outro fato....tem gente que não sabe lidar muito com o novo né....

A4: ..a gente ...acho que seria legal...nem sei se tem essa abertura...de você ir no hospital...entrar lá eu acho que você pode ...só agora ...entendeu..

A2: ..ele...ele..abriu espaço...olha...ta aqui...ele levou slide...falou dos pacientes...falou se vocês quiserem ir no hospital...vamo comigo...eu levo vocês e mostro..

A1: o pessoal...ah...é...oque faz a gente ...quando encontra um amigo e ele fala...e aí..já ta mexendo com morto...essas coisas....ta...pegando presunto...essas coisas...então...e a gente teve....um geral no 1º semestre...e a cada ano reduz...no curso básico a anatomia...então isso...

A3: ...então tem uma certa...distanciamento da prática médica..um pouco por causa disso também...tem gente que consegue levar o básico mais na maciote...porque gosta dessa parte de pesquisa....mais do que a parte prática....tem gente que gosta mais da parte prática..

A7: ..eu..eu não tenho....não tem nada que me faça....assim...sobre como vai ser...como que eu vou ser médica...entendeu...depois que eu me formar...sabe...a única coisa que ...me chega mais de perto...que é mais parecido...acho que vai ser a carga horária só..(...):...é...mas é bem distante assim da realidade....eu acho...

2.10- A dúvida na escolha profissional diante das exigências da profissão

A dúvida na escolha pela medicina é aqui descrita pelos alunos como uma reflexão que fazem sobre algumas das particularidades do curso, como por exemplo o longo tempo de formação. Parece que os alunos têm em sua representação a idéia

de que a medicina é uma profissão que traz sofrimento em alguns momentos da formação e que isso as vezes acaba desmotivando o aluno frente a essa escolha. Além disso, a “idealização” que é criada a respeito da profissão faz surgir questionamentos por parte dos alunos, no entanto parece que apesar desses questionamentos e dessas dificuldades, a escolha profissional é mantida.

A2: (...): porque é um dos pontos que assim geralmente...relutar em fazer medicina foi essa história que voce falou aíde..eu to Natal...com a minha família...daí toca o meu bip eu tenho que sair correndo....

A5:(..) ...mas também todas as pessoas que falam pra voce...olha...medicina tem isso...isso...isso.....aí eu falei pra eles...então voce larga a medicina...troca de profissão....quer dizer...não larga...

A6: e eu sempre assim fui inserida numa....numa atmosfera...que eles sempre tentaram me tirar da medicinapor sofrimento que eles já tinham tido...(..) é...a questão do não estimular...é...acho que é...medo da pessoa sofrer ..

A1: ...o que os médicos...o que eu ouvia sempre assim...voce fala...ah...voce vai ter que continuar sempre estudando..

A4: eu só acho que...isso...aliado apaixão de ser médico....faz nascer isso...de contas...o tanto que voce vai estudar....a vida que voce vai perder....só que isso assim..

A7: “uma coisa que quase me fez desistir...foi assim também...eu fiz 2 anos de cursinho...e até me formar....tem esse tempo assim..

A12: ...acho que quando a gente escolhe ser médico a gente não pensa muito no curso.. (...)...é ..a coisa pega...você fala nossa!!!...é isso...isso é ser médico!!!....e vai ser muito mais do que isso...é muito mais do que status....do que..

A2: ...é...eu tinha uma noção assim ...eu sempre achei medicina algo muito...muito puxado...algo muito...

Tema 3- O papel do médico: expectativas quanto ao papel e seu *status* social

3.1) A profissão médica traz status e prestígio social

Em relação ao papel profissional e as expectativas que os alunos têm do profissional médico, o médico é citado como um profissional de status e de prestígio, tem sua autonomia profissional, no entanto, os alunos, em suas representações, indicam que apesar disso ele é um profissional dentre tantos. Um aluno identifica a importância do trabalho e da valorização de outros profissionais, considerando que apesar do status, o médico não é o único profissional da saúde.

A5: ..cabelereiro também...açougueiro.....isso já é um papel importante...se você for tirar no geral...tudo...o status de médico...que seria um subsídio ta reduzido a um patamar...(...) ...existe na profissão médica...um dos grandes motivadores é o status de ser médico...pelo fato de trabalhar com a vida...entendeu...e na verdade...se você vai chegar...chega um ponto..que você ta fazendo faculdade...você convive num meio onde existem mais de 600 alunos fazendo medicina...onde a maioria das pessoas que se sentem metidas....se o mundo...simplesmente voce é igual a qualquer....(...):...voce é mais um....voce não tem status de ser médico...quando voce sai no mercado de trabalho..não vai ter ... do mesmo jeito...voce vai ser tratado como um profissional liberal...como qualquer outro...voce não vai ter...voce vai ter autoridade na posição do seu consultório...e no hospital quando voce for decidir alguma coisas...mas aquilo não passa na vida da pessoa que ta na tua mesa...voce entendeu?...ela mais pra frente..nem vai lembrar que foi voce que salvou ela...ou não...isso é angustiante pro futuro.... (...).é...eu acho que a gente consegue...eu acho que hoje em dia...com essa tendência de voce ...ter um atendimento no geral...multidisciplinar...voce começa....o médico acaba se aproximando mais de outras profissões ...que esses...os grandes ..hoje em dia se voce for ver no hospital das clínicas tem gente que ainda acha que é conhecedor de todo conhecimento científico...que um fisioterapeuta não sabe nada ...de que psicólogo não sabe nada...quer dizer...não sabe nada...quer dizer..a partir do momento que essa mentalidade foi instalada ...e começou-se a ter uma divisão de trabalho no...no...() ...na saúde..na ...nos profissionais da saúde...eu acho que...a nossa geração já ta sendo...a gente logo que entrou na faculdade ...a gente ta sendo bombardeado com essacom essa idéia...então...a gente acaba olhando os outros profissionais que estão se formando com a gente ...como profissionais...competentes quanto...voce entendeu?...

3.2) O bom médico deve ser flexível com o paciente e competente

Em relação a essa questão, a representação dos alunos frente ao bom médico é que este deve ser um profissional competente, sem no entanto deixar de ter a sensibilidade necessária com o paciente, saber tratar da pessoa e não do doente, confortar o paciente, não assumindo apenas uma postura técnica. Nesse sentido, ser um bom médico é ter um bom conhecimento, mas utilizá-lo em consonância com o interesse em ajudar e contribuir com o paciente, se adequando sempre que possível às necessidades e limitações do mesmo. O paciente deposita muita confiança no profissional médico e nesse sentido, o bom médico é aquele que faz por merecer essa confiança e valoriza sobretudo a relação médico paciente.

A5: ...voce tem que ser competente...acho que voce é um bom médico...acima de tudo....ser competente diante do seu paciente...voce tem que ser muito vulnerável...muito volátil...como a Fernanda falou...se o seu..se pra aquele paciente...ser o bom médico é aquele cara que assume uma postura de ...é...paternalista...fica sentado na ponta da mesa...falando..voce tem isso...isso outro e tal...se ser bom médico é chegar do lado e dar uma foto pro paciente porque o paciente ta deprimido...já aconteceu...eu conheço casos de médico que ...o rapaz falou...doutor eu preciso ter um homem dentro de casa...será que o sr. podia dar uma foto pra mim?...pra eu deixar ela dentro de casa?...se ser bom médico é fazer isso...ou voce ser bom médico....tendo um paciente terminal na sua mão que voce

sabe que voce não pode fazer mais nada...segurar a mão dele na hora de morrer...se esse é ser um bom médico....é esse médico que eu ser....voce entendeu?!...não é ser bom medico é aquele cara que fica...sabe...como já passei...já vi também...eu tava com a minha tia na cadeira de rodas...aqui o cara sentado na minha frente...na minha frente...cardiologista...com o estetoscópio...que podia ta custando mais ou menos uns 500 paus no pescoço...no posto...o médico falando...pó...tem isso..isso..isso...quando eu perguntei prá ele...cardiopatia....cara...aí ele viu que ele tava falando com uma pessoa diferente...aí ele foi...ô..(...) ...acho que o bom médico...ta (...)..acho que o bom médico tá justamente...(.)...justamente nisso...de dar ao paciente..(...) ...um bom médico é aquele que conse...que consegue corresponder aos anseios de determinado paciente..(...).agora chega no meu consultório um paciente que tem uma determinada postura...no momento inicial eu tenho que ver...verificar a postura do meu paciente...e tentar...me adequar a ele né..(...) ..é..e eu acho que pro médico... (...)é...o bom médico ta aí também...voce saber...lidarcom essa...essa confiança que o paciente tem em voce...voce sabe que voce taé...pro pacienteé....ele te enxerga num nível acima entendeu?!...

A3: ..isso não é o principal....isso vale muito mais o seu feeling...voce sentir o cara do que ...o universo de informações que voce tem..(...).ah....basicamente é conseguir ver o que a pessoa tem e trata-la...mas não...não tipo...tipo ser...muito...fazer o negócio assim...vê o que tem...trata assim..(...).não é uma coisa muito mecânica...voce tem que...tem que ta junto...dar o conforto pra pessoa..tentar...tentar ajudar...porque mesmo se voce pensar a nível de ciência...esse conforto que o médico dá...essa proximidade que o médico tem...vai ajudar o paciente...querendo ou não...porque...tipo...muito...muito..paciente reclama que o médico é uma coisa afastada...então ele entra o médico ta do outro lado da cadeiraaí tem várias experiências que eles põe..por exemplo o médico sentando do lado do paciente...conversando explicando...entendeu..(...) ...voce reduz...não...voce ta reduzindo a ciência...e ta aumentando a sua sensibilidade com o paciente...

A13: ..ah...eu acho que todo mundo aqui pretende ser...ter muito sucesso né.....(...) ...saber o que eu to fazendo..(...).ter certeza do que você ta fazendo....(...) ...responsável..(...) ..se tiver dúvida não faça...é ter a humildade de falar...eu não sei...eu não vou fazer..(...) ...uma coisa que eu não quero nunca...nunca...nunca...é catar o paciente como assim...um corpo entendeu...uma coisa...??? é o mais importante...conversar...com o paciente...eu lembro que quando eu quebrei o pé...eu não sabia usar muleta...nunca tive que usar muleta na vida..o médico simplesmente falou...tô...vai embora...ele não me falou nada..ele não conversou comigo...eu não sabia usar uma muleta....eu usei do lado errado...porque era destra...????? aí ralhou comigo...fiz errado não sei o que....tem que conversar.e tem que saber...um pouco da vida do paciente...pelo menos um pouco...10 minutos de conversa...sabe um pouco..(...) ...tem que entrar na realidade dele também..(...).é realmente...conversar com ele...saber o mínimo da vida dele...pra ele ver que você se importa...que a gente sabe posto...nem sempre vai ser a ... né...tem que ????? atendimento.....trocar por uma coisa mais barata...

A14: ..voce tem que se esforçar...prá melhorar..né...

A12: ..eu acho que você deve ter consciência acima de tudo que a pessoa que ta na tua frente..é uma pessoa..(...) ...e você tem que..sabe...tentar perceber as dificuldades que essa pessoa tematé prá entender...como ela falou...entender o que você ta falando...entendeu..(...) ..a pessoa que ta ali na sua frente você tem que saber como conversar com a pessoa...o que falar pra pessoa...porque nem tudo você vai poder falar e as vezes tem coisa que você precisa falar..e você tem que saber como falar....eu acho que você tem que ser um médico..que se tem consciência de como lidar com a pessoa...com as pessoas ...eu acho que é o principal...é

isso...senão você não vai resolver problema nenhum (...) ...você não precisa falar que é um analgésico...sabe...isso aqui é um remédio pra parar de doer..

A9: ...ah...é que é assim...eu queria fazer...é aquela coisa ...eu tava entre Psicologia e Medicina....e tal...eu acho que uma das coisas que você...???? de dificuldade...é ouvir o que a pessoa tem ...então eu acho que o bom médico é que tem paciência ...e tolerância...e tenta sentir o que a outra pessoa ta...ta passando assim...eu acho...(.) ..e se você ta medicando alguma coisa...explicar pra ela o que que é...nossa..dá uma raiva.....

A14: ...é...antes de mais nada não se impor né...(.) ...porque ele tem que saber muito o ... assim...eficaz com seus pacientes....saber assim até....sempre informar quais são as alternativas pro paciente sempre escolher a melhor conduta....(.) ..é complicado que ...não sei em outros locais... mais ...em São Paulo tem muito convênio...e...os médicos...eles meio que ...assim...(.) é...é bem pela quantidade né...então...vamos dizer assim...ele mal te olha..e já sabe o que te dá...sabe...você ...ele não te examinou...mas sabe...é...

A10: ...ah...eu concordo...com o que o pessoal falou aí...que tem dois pilares fundamentais pra mim...que é o conhecimento...biológico...você saber o que ta fazendo... o conhecimento...e o convivência humana....você tem que ter essas duas coisas muito bem fundamentadas...pra ter um sucesso na carreira e poder resolver né...os problemas...

A8: ...acho que essa humildade é muito importante pro jeito que ele vai tratar...não sei se vocês já comentaram isso...porque tem médico que você chega parece que ele ta lá em cima...e você aqui em baixo.

3.3) O bom médico deve ser responsável nas suas atitudes e na ética

Os alunos relatam que o bom médico deve ter atitudes e posturas éticas diante do paciente, ter responsabilidade em suas ações. Embora os alunos coloquem que o médico não é um profissional melhor ou pior do que outro da área da saúde, salientam no entanto que é um profissional “diferente”, e que na sua prática é importante a adequação à situação do paciente, sobretudo que ele tenha condições de entender o contexto social onde o paciente está inserido.

A5: ..sinceramente..até brinco com o pessoal..hoje eu faço uma faculdade de medicina...eu vivo com um monte de alunos que fazem faculdade de medicina que no futuro vão ter um CRM....hoje em dia eu acho que eu não confiaria em nenhum..na metade da turma...ó..esse cara não vai ter competência de ser um bom médico...voce olha pra cima voce vê profissionais aí que tão saindo..voce fala..olha...então seja...o cara tem que ter uma postura...(.)..sabe...um cara que ta de sobreaviso...no hospital das clínicas...não pode ta tomando 5 ou 6 copos de cerveja no bar...nada contra..eu bebo também...mas eu acho que..o cara ta de sobreaviso...o cara pode chamar ele pra entrar em cirurgia...gente tem casos...(.)..tem umas fases que...a nossa professora de ética disse que acabou elucidando pra mim muita coisa da profissão médica em relação ao papel do médico na sociedade...(.) ...que a professora X falou..e ...eu concordo com ela...que o médico...não sei se vocês tiveram aula com ela.. (volta-se para a Fernanda, pois a turma toda é subdividida em sub turmas, e não são todas as disciplinas que eles fazem todos juntos)...(..)....ela fala assim...(.) ...não...ela falou uma coisa....assim...é...o médico ele não é melhor

nem pior do que ninguém....nem um outro profissional...mas ele é um profissional diferente ...ele é um cara diferente ...isso eu acho que é verdade...e...eu não sei...acho que ser um bom médico....é saber admitir isso e ...lidar com isso..(...)...ta faltando uma coisa...ele tem que ser gente!!...também...

A6: ...um bom médico é aquele que...que consegue corresponder aos anseios de determinado paciente..(...)..agora chega no meu consultório um paciente que tem uma determinada postura...no momento inicial eu tenho que ver...verificar a postura do meu paciente...e tentar...me adequar a ele né..(...)...acho que voce não ...voce não pode ser...um..uma..coisa mecânica que nem...que é o que a gente falou entendeu?...ser sempre aquele médico que nem olha pra cara do paciente entendeu...

A5: ..não..eu acho que ele tem que saber o papel dele na sociedade...também né...saber que ele ta inserido numa sociedade...e...ter uma postura de um profissional...que possa ter a confiança do paciente..

A12: ...eu pelo menos espero....saber o que eu to fazendo...

A11: ...eu pretendo ser uma médica....(...) ...uma médica responsável....(...) ...que não vá fazer alguma coisa que vá colocar em risco a vida do paciente....só porque vai...economizar..

A5: ...um dos aspectos...não sei se o mais importante...acho que o mais importante...a gente vai voltar na minha opinião, ..é o que eu acho...de voce ...lidar muito com a ciência médica...lidar com o conhecimento médico....e utilizar isso pra poder auxiliar o próximo...auxiliar os outros...auxiliar...

3.4) O médico deve aprender a lidar com os aspectos ansiogênicos da profissão

A representação dos alunos frente às questões que envolvem os aspectos ansiogênicos da profissão é que o aluno deve começar a aprender a lidar com essas questões como se fosse uma “modelagem”, ou seja, de acordo com a especialidade que vai seguir, ir aprendendo a se adequar ao estilo de sua escolha. Apesar de apontarem que a pressão psicológica sobre o médico é grande, nos casos, por exemplo, da possibilidade de um erro médico, e nesse sentido apontam que é necessário aprender a lidar com esses aspectos no início, como um “ pilar básico” para a formação.

A5: ..se voce é um psiquiatra...ou se voce é um patologista...se voce é...entendeu?...agora...existe...por ex. quando eu falei..da maneira...área de atuação...tempo em que voce ???se voce for um dia...ser um psiquiatra....voce vai ter que ter um contato muito mais informal com seu paciente pra poder absorver deles aquilo que ele ta dizendo...se eu fosse ser um...um ..médico legal...eu não vou ter que ter tanta sensibilidade..vou ter que ser mais frio....mas aí voce ...se eu for um dia ser um pediatra...eu vou ter que trabalhar uma outra linguagem...pra ser competente da maneira como que..as crianças....se eu for um dia assim...um cirurgião...eu vou ter que ter outra postura...é que enm a (cita nome de colega) falou...voce vai tendo que se modelar conforme aquilo que voce ...vai...a área de ...pra onde voce tá indo...pra

aquilo que voce ta aprendendo..mas acho que no fundo...no fundo...todo mundo vai ter que aprender a lidar com os aspectos ansiogênicos...

A3: ...então ele tem que trabalhar com um nível de segurança muito baixo...nível de segurança dele é...ele não tem ...então...ele tem que ...ele sofre uma pressão muito grande nesse negócio de erro...e...outra coisa...a pressão psicológica dele...nele...também é grande ...voce faz uma...voce vai...comete um erro com o paciente...vai vir a família em cima de voce...voce vai ser processado.

A6:...voce vai tendo que se modelar conforme aquilo que voce ...vai...a área de ...pra onde voce tá indo...pra aquilo que voce ta aprendendo..mas acho que no fundo...no fundo...todo mundo vai ter que aprender a lidar com os aspectos ansiogênicos..(...)...como se fosse um pilar básico né...um pilar

A12: ..o médico também é paciente!!!

3.5) A responsabilidade do médico em salvar vidas

Os alunos apontam que o papel do médico é salvar vidas, no entanto, isso não o torna tão diferenciado de outros profissionais. Entretanto, um erro médico pode ter proporções mortais na história do paciente, e nesse sentido, essa questão parece ser o grande diferenciador na percepção dos alunos, em relação ao médico e a outros profissionais.

A5: ...não...lidar com esse ...tipo...nessa divisão que existe...eu não sou melhor..não sou diferenteeu não sou melhor pelo que eu sou...porque eu to lidando com a vida...eu sou diferente ...ou seja...é que nem a posição do goleiro no futebol...voce entendeu?...se ele tomar um gol....voce é o culpado de tudo....agora se voce catar o pênalti...voce é o melhor.....não fez mais do que a sua obrigação...entendeu?...voce salvar vida...ta bom....salvou...fez mais do que a obrigação....agora se voce perder...aí é difícil..não só pra família...mas proce também né..

A3: ...mas a diferença é que o médico....tem....não pode errar tanto quanto os outros....porque assim...o erro...voce falou que o médico erra...só que o erro dele é a morte do outro...

3.6) A formação médica enquanto espaço para o desenvolvimento de uma postura ética

A postura ética do médico, segundo os alunos, pode ser trabalhada desde o início da sua formação, e um dos exemplos são as aulas de anatomia, cujo paciente é o cadáver, ou seja, o primeiro paciente que os alunos encaram e em relação ao qual também é necessária uma postura ética e de respeito. Nesse aspecto, parece que, na representação dos alunos, a ética deve ser uma constante durante toda a formação médica, que vai promovendo o “balizamento” e desenvolvimento dessas posturas.

A5: ...ter...uma atitude profissional...eu acho que essa daí é a verdadeira...lição que a faculdade vai te dar ...é...(...) ...voce saber...saber encarar cada estágio que voce ta passando com...hoje a gente não tem contato com paciente....mas amanhã...mais tarde a gente vai tera gente vai ter que saber lidar com ele...da maneira mais ética possível...também...acho que ser um bom profissional é isso...voce saber conciliar todas essasesses problemas...saber conciliar..ainda além de tudo...saber conciliar a sua vida.(...) ...voce tem que trabalhar ao longo do seu curso inteiro....quando eu falei do cadáver na anatomia...e é uma coisa que os nossos professores....eles falaram...falaram muito...no 1º dia de aula..não sei se o pessoal lembra...nosso primeiro paciente é aquele que ta na mesa...entendeu...voce tem que saber entender ele ...voce tem que saber ler ele ...mesmo na frieza dele...voce entendeu..lógico que voce não vai ficar...conversando...mas voce tem que saber ler ele...tratar ele com ...com respeito...e com a ...como se fosse mesmo o seu...

3.7) O médico precisa se preocupar com a sua saúde física e mental

Em relação a esse assunto, os alunos mostram uma preocupação com a própria pessoa do médico, ou seja, ser médico significa também cuidar de si mesmo, não apenas do ponto de vista da saúde física, mas mental. A representação dos alunos frente a esse aspecto parece estar relacionada ao fato de que a profissão já é estressante, e que, muitas vezes, as dificuldades são gradativas e precisam ser trabalhadas no momento em que estão passando por elas. Segundo a percepção dos alunos, a categoria dos profissionais médicos se destaca por um grande índice de uso de álcool e drogas, e essas questões podem estar relacionadas às dificuldades em lidar com o stress da profissão, assumindo muitas vezes atitudes onipotentes, de ter que “dar conta” de cuidar de tudo e resolver todos os problemas. Neste sentido, os alunos registram a importância, portanto, do cuidado que os médicos também precisam ter frente a sua própria vida.

A5:saber conciliar..ainda além de tudo...saber conciliar a sua vida...também né...isso é um outro fator que é...é bem preocupante...já que a gente lê na folha de São Paulo...lê...em revistas que....a esmagadora maioria dos médicos não conseguem ter um...um...relacionamento familiar estável....a maioria dos médicos...tem problemas psicológicos e psiquiátricos...acompanhados com a profissão...tanto que na Escola Paulista de Medicina eles tem um Programa de Psiquiatria pra quem vai fazer cirurgia...quer dizer...cirurgia já começa se tratando com a psiquiatria...ah...preciso fazer...o curso...porque sabe que ...é um programa....é problemático...(....)voce saber...saber encarar cada estágio que voce ta passando com...hoje a gente não tem contato com paciente....mas amanhã...mais tarde a gente vai tera gente vai ter que saber lidar com ele...da maneira mais ética possível...também...acho que ser um bom profissional é isso...voce saber conciliar todas essasesses problemas...saber conciliar..ainda além de tudo...saber conciliar a sua vida...também né...isso é um outro fator que é...é bem preocupante...já que a gente lê na folha de São Paulo...lê...em revistas que....a esmagadora maioria dos médicos não conseguem ter um...um...relacionamento familiar estável....a maioria dos médicos...tem problemas psicológicos e psiquiátricos...acompanhados com a profissão...

A6: *...altos...altos níveis de stress e ingestão de bebidas...e drogas...(...) ...acho que...é a segunda ??? né...dentro da graduação quem mais ingere droga...*

A5: *...quer dizer...voce acha que um bom médico é saber lidar com essas situações ...é saber lidar...e quando eu falo em relação aos profissionais que...são profissionais que eu vejo que tão precisando de ajuda...médicos que não...tão tendo...alunos que não tão tendo ..acho que a ...ainda não desceram do estandarte que botaram eles depois do vestibular... (...) ...é o famoso complexo de Deus né...o cara acha que é Deus...(...) ...eu acho que é aquela famosa idéia...de que não...médico é o senhor da sabedoria (deu ênfase irônica nessa frase)...*

A3: *...e tem a arrogância de achar...que...ele pode resolver tudo....*

3.8) O médico precisa aprender a lidar com os limites de sua atuação/onipotência médica.

Esse aspecto é destacado pelos alunos, basicamente em relação à questão do médico enquanto um profissional que precisa compartilhar os saberes com outros profissionais. Quando isso não ocorre, segundo os alunos, é mantida uma onipotência, no sentido de concentrar tudo para si mesmo (egocentrismo), e os limites pessoais acabam sendo esquecidos. Os alunos questionam a arrogância de colegas que fazem medicina, não descartam o orgulho que sentem por fazê-lo, mas que tem que ser trabalhado os limites dele enquanto profissional, durante sua atuação.

A5: *...quer dizer...voce acha que um bom médico é saber lidar com essas situações ...é saber lidar...e quando eu falo em relação aos profissionais que...são profissionais que eu vejo que tão precisando de ajuda...médicos que não...tão tendo...alunos que não tão tendo ..acho que a ...ainda não desceram do estandarte que botaram eles depois do vestibular...(...)ser menos egocentrista....saber mais humilde...porqueeu acho que...falta muito isso na profissão médica..falta muito...muito...muito...voce vê...as vezes já começa no 1º ano ó...voce vê alunos que são...arrogantesmesmo...costuma ser arrogantes...ta...a gente lógico...que sente um pouco de orgulho em ta fazendo medicina...de querer...acho que isso é normal...voce ter orgulho daquilo que ta fazendo...da faculdade que voce ta fazendo...mas também tem limite né...e as vezes o cara leva isso pra profissão médica...leva isso pro dia a dia...pro paciente dele...(...): ...vai caindo...vai caindo...o mundo dele...então eu acho que a gente ...a gente deve trabalhar isso bem...pra poder não cair..*

A6: *...isso...e voce tem que saber descer até o paciente...(...) ...acho que humilde também..*

A5: *...o nosso volume de conhecimento é tão grande...que voce não é capaz ..de....absorver tudo isso...(...)..é...eu acho que a gente consegue...eu acho que hoje em dia...com essa tendência de voce ...ter um atendimento no geral...multidisciplinar...voce começa....o médico acaba se aproximando mais de*

*outras profissões ...que esses...os grandes ..hoje em dia se voce for ver no hospital das clínicas tem gente que ainda acha que é conhecedor de todo conhecimento científico...que um fisioterapeuta não sabe nada ...de que psicólogo não sabe nada...quer dizer...não sabe nada...quer dizer..a partir do momento que essa mentalidade foi instalada ...e começou-se a ter uma divisão de trabalho no...no...
(...) ...é...eu vejo..mais assim...eu vejo muito também "a necessidade de voce...sabe...de...de estar sempre...que nem a Fernanda falou...ser menos egocentrista....saber mais humilde...porqueeu acho que..falta muito isso na profissão médica..falta muito...muito...muito...voce vê...as vezes já começa no 1º ano ó...voce vê alunos que são...arrogantesmesmo...costuma ser arrogantes...ta...a gente lógico...que sente um pouco de orgulho em ta fazendo medicina...de querer...acho que isso é normal...voce ter orgulho daquilo que ta fazendo...da faculdade que voce ta fazendo....mas também tem limite né...e as vezes o cara leva isso pra profissão médica...leva isso pro dia a dia...pro paciente dele....(...) ...então aí começa a ter ..eu já vi gente assim...ou...mas nossa!!...mas que!!...que decepção né....um...eu perdi um paciente...eu não consegui fazer aquilo outro....nossa...eu não consegui fazer aquela manobra....não consegui...começa a se decepcionar...decepcionar...e começa a olhar pro lado e ver que é mais um...pó...o que que eu sou?...*

A3: ...vai caindo o mundo!!!

A14: ...da mesma forma como você não...não pode desmerecer nenhuma profissão...não...(...)..que..de uma forma..assim...até mesmo indireta...as vezes assim...um acaba contribuindo pro outro na sociedade...né...não é ...sei lá...não é você muito...há...um é melhor que o outro...ela tem razão sim..

A8: ..eu não sei..porque acho que depende do ponto de vista assim...prá mim... .por exemplo...eu acho que eu não ia gostar muito de ser cirurgia...entendeu...eu gostaria de trabalhar mais na área de saúde pública...lidar com bastante gente ...coisa assim...(...)...só que já tem outras pessoas que acha que o bom cirurgião é aquele que pega um caso super complicado e consegue resolver...entendeu?!...eu acho que assim...é mais importante você conseguir fazer o bem pra mais gente, mais abrangente....do que pra uma pessoa só...mas aí...acho que vai..cada um pensa uma coisa sobre o que é o bom médico...

3.9) A dificuldade de se imaginarem como médicos a partir do papel de alunos.

Quando essa questão foi abordada é importante notar a representação de uma aluna frente a isso, ou seja, parece ser ainda precoce imaginar-se no papel de médico. Segundo a aluna, esse papel vai ser modelado durante a formação, mas que algumas coisas já parecem estar claras para alguns, como o fato de que o médico precisa ser humilde, no entanto, mesmo que essas questões sejam traçadas agora no início da formação, correm o risco de não serem correspondidas da mesma forma lá na frente, ainda que algumas coisas já sejam possíveis de serem delineadas, como por exemplo, a visão mais humanista em relação ao paciente.

A6: ...eu particularmente não consigo me ver muito na frente.....a expectativa que a gente tem é que a gente vai ser modelado entendeu?...então qualquer coisa...(...)a gente sabe que qualquer coisa que a gente vai traçar agoranão vai ser correspondido lá na frente...entendeu...então a gente deixa....pra ser moldado...é lógico...que eu acho que se a gente já tem em mente essas idéias...de como a gente ...o profissional tem que ser humilde...tem que ser competente...??? a gente já vai...ajudando na modelagem entendeu...mas...

Tema 4- As expectativas quanto ao grupo reflexivo

4.1)O grupo enquanto troca de experiência

Quando perguntado aos alunos em relação às expectativas quanto ao grupo reflexivo, as respostas ficaram assinaladas como uma possibilidade de que o grupo venha a ser um momento para troca de experiências, entre aqueles que já passaram pelo ciclo básico (os alunos que estão em outro ano) e os que estão passando. Além disso, poder compartilhar essa experiência pode atenuar a expectativa do que vem pela frente, em relação aos outros anos.

A5: ...a A6 resumiu tudo....eu acho que toda troca de experiência...é...bem vinda..

A6: ...importante assim..nesse momento que a gente ta passando...é saber que as outras pessoas passaram pelo que a gente ta passando...e elas sobreviveram

A3: ..uma das coisas que...causa ...causa problema pra voce....deixa voce ansioso sei lá...algo assim ...é...o medo do ...do amanhã né...do inesperado..do desconhecido...que tipo...o homem que tem o medo do desconhecido...né....se voce tiver...pelo menos um silhueta....uma silhueta do desconhecido....voce vai mais tranqüilo né...dá uma

A6: ...é...o que...acho...o que eu queria ouvir..assim..era o que...o que eles passaram entendeu?...

A13: ...eles podiam ensinar coisas pra gente ...pra gente não sofrer!!!...o que eles sofreram...

A12: ...contar coisas... experiências boas que acontece...na vida...

A11: ...como que eles contornaram s problemas que a gente ta enfrentando...

4.2) O grupo pode agregar pessoas preocupadas com a formação médica

Em relação a essa questão, os alunos consideraram a possibilidade de um grupo reflexivo poder agrupar pessoas que tenham interesse em melhorar sua

formação médica e os grupos poderem ser um espaço para essas vivências e para o compartilhamento de experiências entre os alunos mais velhos. Isso seria, segundo a percepção dos alunos, uma maneira de ir visualizando a “modelagem” médica, conforme registrado por uma aluna. Nesse sentido, as pessoas que participassem seriam genuinamente interessadas na melhoria de sua formação, e os grupos poderiam proporcionar discussões mais amadurecidas e críticas desse momento da formação, diferente, por exemplo, do que ocorre em situações mais informais entre os alunos.

A5: ...voce viver...também é o seguinte...né...a gente vai ter que começar a observar também as pessoas ...que tão se dispondo a isso...pro cara chegar nesse nível...ele deve ser uma pessoa que ta...sabe...ta preocupado... 'ta...

A6: ..eu acho importante pra gente ir delineando a questão da modelagem que eu falei...entendeu...é...é...se eu por exemplo...eu particularmente só me vejo...é...só consigo imaginar...ou tentar imaginar como que eu vou atuar na profissão...assim...eu penso...depois só que...do 6º ano...entendeu...e eu já tendo contato com pessoas tanto do 2º quanto do 3º ..eu já vou tendo uma visão...já de como 'é entendeu?...e outra coisa importante ...eu acho que é voce conseguir se integrar com as pessoas...não aquele....no esquema que a gente se integra entendeu...sei lá...em chopada...tipo voce vê as pessoas de um jeito...entendeu?...acho importante voce...

A10: ...acho que outra coisa que pode trazer também...é motivação pra gente...o pessoal do 3º ano pode contar coisas que eles fazem que motivem a gente...sabe....que é da rotina deles que a gente possa gostar a fazer quando tiver lá....isso também motiva....

4.3) A melhoria nas relações interpessoais

Nesse aspecto, parece que o aluno considera que os grupos podem ser um espaço para aprimorar as relações interpessoais e que podem possibilitar uma convivência mais harmoniosa entre os estudantes, além de discutir aspectos relacionados a relação médico paciente.

A9: ...ou não...ou também assim...é...não sei a até que ponto vai se estender os grupos...mais não só....um lugar onde a gente pudesse chegar e ...ai!!!...e estourar os problemas (dá ênfase na frase)...mas que ao longo prazo virasse mesmo...encontro sabe....e que permitisse uma convivência mais...mais...é....

A8: ...ah...eu ...seria interessante seria igual ao que a gente teve...não sei se vocês tiveram...na aula de ética...tipo colocar um caso assim...meio difícil....e de perguntar...se cada um falar como que reagiria diante daquilo....?????interessante....um caso complicado...assim...mais como você iria se relacionar com o paciente....

ALUNOS DO 2º ANO

Tema 1: A escolha pela Medicina

1.1) O altruísmo e a idealização da medicina

A escolha pela medicina, no caso dos alunos do 2º ano, parece estar ancorada por idéias altruístas, de ajudar as pessoas que precisam de cuidados. A medicina despontava como um instrumento capaz de sanar essa necessidade. Para alguns alunos entretanto, escolher ser médico estava associado á uma idealização da profissão médica, como o fato de se imaginar no ambiente hospitalar, correndo de um lado para o outro, tentando salvar vidas, em ambientes hospitalares perfeitos, retratados muitas vezes em filmes sobre o tema, mas apesar disso, não dava para imaginar o que de fato era ser médico. Nesse momento da formação, parece que os alunos identificam esse aspecto, de que idealizaram a profissão mais do que o necessário, apesar de que isso não os desestimulam para o curso, mas traz questionamentos sobre o “ser médico”.

A16: ..é...uma das coisas assim que eu percebi quando fui escolher fazer medicina....é que...eu não conseguia...ver ninguém doente assim...ou qualquer pessoa precisando de ajuda...e eu não conseguir fazer nada...essa sensação de impotência...assim frente a uma pessoa que precisava de ajuda...é...me deixava muito mal né...e a medicina é a única forma que eu ...que eu tinha...de...de...sanar essa..

A14: ..ah..eu falei...tratar das pessoas...

A18: ...eu escolhi porque achava uma profissão bonita...legal...eu imaginava como médico...apesar que...depois que eu entrei na faculdade...a gente ainda ta no ciclo básico...não tem muita noção...mas eu vi...que é muito diferente do que eu pensava..to gostando...to gostando mais do que antes de escolher...(...) ..e assim...eu também...igual a A15...não tinha muito assim...médicos próximos assim da família que eu pudesse assim saber se realmente...como que é...mais pelo que eu imaginava...pelo que eu idealizava era ...além de ajudar também...eu gostava...eu gostava...da rotina sabe...uma coisa que é bem ativa...eu ...sabe me via...fazendo plantões...não sei sabe...essas coisas assim...que hoje eu já não sei se eu vejo essas coisas...(..): ..é..voce correndo de um lado pro outro...fazendo cirurgia...e atendendo paciente...sabe (...): ..sabe o que eu acho Douglas..essa questão existe..mas eu acho que na questão de entrar....eu acho que todo mundo entra pensando a mesma coisa...eu acho que até...assim...não sei...é o que eu imagino....assim...acho que todo mundo....o comportamento de quem entra...pensando em ser cirurgião...pensando em ser sei lá....um clínico...não sei...eu não sei...eu imagino...eu acho que é o mesmo...(..) ..e uma coisa que eu acho que acontece bastante..aqui eu não sei...a gente ta

acostumado...a gente assisti aqueles filmes americanos....o pessoal na faculdade...voce acha tudo o máximo...sabe...aquelas...puta faculdades...aquelas coisas...e todo mundo....com seu carro e...sabe...voce acha que é super tranquilo...que voce vai ser super....feliz...super...bom ...daquele jeito....mas é uma coisa que...sabe...até...muito diferente...foi o que a Carol disse...a gente idealiza muito...chega aqui ...é diferente...

A15: ..ah..eu acho que eu idealizei muito...assim...a profissão sabe...não tinha..eu não tinha médicos próximos..meu pai...nem minha mãe....não tinha ninguém da família que...eu não via a realidade da medicina entendeu...era uma coisa meio idealizada....assim...eu num...também.... encanei com isso.....não me via fazendo outra coisa....eu não queria fazer outra coisa de jeito nenhum...

Tema 2- As dificuldades vivenciadas até o momento

2.1) A didática do professor e o culto ao negativismo por parte dos veteranos

Frente à questão que envolve a relação professor aluno, também no 2º ano os estudantes identificam a falta de didática por parte de alguns professores, que se agrava com o fato de que alguns conteúdos das disciplinas do básico não serem devidamente explicitados quanto a sua importância e utilização futura na prática médica e clínica. Em função disso, acaba sendo gerado, por parte da população discente, um certo questionamento frente a pertinência das disciplinas do básico. Além disso, os alunos destacam o “culto ao negativismo” por parte de alguns veteranos, ou até mesmo profissionais médicos, em relação ao ciclo básico, às disciplinas, fazendo com que os ingressantes questionem se vale a pena mesmo estar aprendendo coisas que não servirão para mais nada, demonstrando ocorrer, portanto, segundo os alunos, grande associação de conteúdos negativos em relação ao ciclo básico. Em relação aos professores, os alunos destacam que a falta de didática os desestimulam e ainda que falta por parte do corpo discente uma maior valorização nesse momento do curso, para a profissão médica.

A16: ..uma coisa assim...que a gente..quando ta no básico...a gente não tem noção daquilo...que é...que vai ser importante pra medicina...e não vai ser importante..né...então por exemplo...é...na anatomia..eu lembro que na aula prática...tinha um roteiro lá com várias coisas que a gente tinha que observar...daí eu li...moléculas epiglóticas né...e eu falei...ah...isso aqui não deve ser importante ...pra que eu tenho que saber isso daqui...eu nem dei muita bola né...até porque o nome era difícil...aí...depois quando eu tava na...na Liga do Trauma...é...o professor tava...é...o professor tava ensinando que pra entubar voce tem que pegar o laringoscópio...e tal..e apoiar na molécula epiglótica...aí que eu falei...ahhhh...é pra isso que serve né...!!!...só que assim...eles....é a mesma coisa lá...né...são todos iguais os nomes...voce não sabe...se esse é importante ..se esse daqui é só...o professor que quer que voce saiba...

A15: ..ao mesmo tempo eu acho assim...a gente chegar de início...ir no hospital..eu também não acho que é o certo entendeu?...acho que do mesmo jeito...que...que falta isso...eu acho falta...a gente...tem muita teoria e falta saber pra que que aquilo vai servir...entendeu?!...então...me mostra...no futuro vai servir pra isso...não joga...não joga simplesmente...

A18: ...por exemplo..a gente já fica...eu fico me programando as vezes...assim...eu sei que é errado mais...porque..a ...agora eu ...assim...eu entrei no Centro Acadêmico...e vai ter bastante trabalho pra fazer...eu já tava querendo saber quando que vai ser meu curso de Uro e Nefro do ano que vem...pra eu ver se eu já vou ter saído do Centro acadêmico ou não...porque todo mundo fala que é o curso mais pesado do 3º ano...sabe...assim como a Cardio...no 4º ...então o pessoal...quer dizer...quem ta em cardio...que faz uma Liga...não vai nas Ligas...que treina...não vai nos treinos...sabe...lógico...deve ser difícil...mas tem tudo essa questão...(...)...então...o que eu assim...o que eu acho também que dificulta bastante ...é que...ta bom...a gente não precisa ser uma coisa assim...perfeita...tudo...mas ...é...associam-se várias coisas ruins logo no começo..

A15: ..não..eles tem mania de falar...que assim..depois que voce passa por uma coisa..sempre é fácil...é a mesma coisa que eu falar hoje que vestibular é ridículo...que é fácil...sabe...eles tem muito mania de fazer isso...entendeu...então...as vezes voce pe...voce não...tinha muita coisa pra mim que não era fácil...eu ficava totalmente perdida lá...sabe...não interessa se a prova foi fácil...eu acho que o curso não foi entendeu...tudo bem...chega no final eu decorei lá..fiz a prova e boa...não é que eu fui mal...ou fui bem na prova...não to questionando isso...eu to questionando o curso...pra mim foi difícil...não foi fácil...e eles tem mania de falar...imagina...!!...isso é ridículo!!...todo mundo foi bem!!...todo mundo tirou 10!!...e as vezes voce ta...tão perdido sabe...tão...(...)...ai...eu ignoro o básico...(se referindo a comentários que escuta sobre o básico)...eu não to nem aí...eu quero trabalhar no hospital!!!... e não enxerga a importância de voce...tem muita gente assim...ai imagina!!!...vou estudar a partir do 4º ano!!....

A18: ..o que eu penso as vezes...porque é uma coisa que é necessária....a gente ver tudo isso...eu acho que o professor tinha..falta nele....além de ...todo mundo sempre fala...né...que os professores faltam didática...que eles tão mais preocupados com a pesquisa...e quer dizer...mas eu acho assim...que falta eles...darem mais...colocar um tchan especial na aula..dar mais empolgação pra gente...quer dizer...eles mostrarem as coisas...com...sabe assim...realmente falando pra que que serve...as...pra que que serve as coisas...enfaticando os pontos mais importantes...e assim sabe...fazendo com que a gente goste...sabe...ser um pouco de psicólogo mesmo lá com a gente ...e falar sabe....empolgar...não...você vão ser médicos..e que isso....e tem professor que chega lá...e vai dá aula...quer dizer..tem professor que nem sei o nome...sabe...então eu acho assim...falta...se tivesse a relação mais próxima entre o aluno e o professor....sabe...não...eu ...não digo o professor...tipo professor descontraído que faz piada...essas coisas...isso também é legal mas...não é tão isso...o que eu sinto falta as vezes é de... ta..ter uma pessoa estimulando...não...voce precisa aprender isso...porque vai ser importante por causa disso...

A14: ..eu acho que...acho que a gente pode falar(o A16 fala ao mesmo tempo)...???que nem eu achei....por exemplo ...a aula do (nome de professor)...por exemplo eu achei...eu gostei....da didática dele....eu né...tem gente que não...por exemplo....mais...a aula da Maria Cristina, que a gente teve agora...eu não consegui acompanhar.

A17: ...e pergunta...mas agora vocês são especialistas....o cara apaga a luz...lê o slide...voce tem que prestar atenção porque o cara é especialista... ..ele dá 5 bactérias numa aula...na aula seguinte ele fala...qual que tem cápsula?

A16: ..as vezes também...o professor ele ...ele estuda aquela matéria do básico...pra ele...aquela matéria é importante ..é...por exemplo...fisiologia renal..ele vai enfatizar as coisas que é importante pra pesquisa..

2.2) A “evasão de conhecimentos” nos primeiros anos

Os alunos relembram que o estudante de medicina em sua história pregressa escolar sempre foi um dos melhores alunos, no entanto no início da formação médica, em função do novo estilo de ensino e outras questões da organização pessoal do aluno, o mesmo pode sofrer “evasão de conhecimentos” no início da formação, ou seja, ele começa a ter dificuldades de aprendizado e acaba perdendo a confiança em si mesmo. Sente-se preocupado com essa não aprendizagem e faz associações com o futuro da formação. Nesse sentido, parece que o aluno imagina que essa dificuldade inicial poderá trazer problemas no futuro em relação a sua prática médica.

A16: ..a gente vai aprendendo uma coisa...aquilo que ta tendo na época...a gente vai aprendendo...e vai esquecendo aquilo que vai ficando pra trás....

A14: ...não sei...o que eu queria falar das matérias...que...já saiu...já saiu né do assunto...é assim...eu passo a matéria...eu estudo...por enquanto não achei nenhuma matéria ó...não é difícil...sabe...mas acontece que depois que passa...vou lá tirei o maior notão...e agora eu não lembro mais nada...!!

A15: ...sinceramente assim...o 1º ano de faculdade eu senti que eu desaprendi as coisas...parecia que eu não sabia mais nem o que eu tinha aprendido no cursinho...sabe...

A16: ...é...sabe...eu não to aprendendo direito...né...como que eu vou chegar...ta bom...vou aprender na residência....mas como que eu vou passar na residência se eu não aprender ... passar na prova....né...tem uma prova de residência...vou ser muito exigido...como que eu vou passar....a prova de residência...assim...ta ...e ainda mais que ...eu acho que eu quero fazer cirurgia...né...que é uma das mais...

A14: ..é eu também...eu perdi...eu perdi muito a segurança...

A15: ..o duro é quando você não aprende nada....mesmo assim...você vai tira a nota...mas...você nunca aprendeu!

A18: ...essa questão....é uma coisa que todo mundo não me falou também porque ...assim...todo mundo que tá lá...dentro da sua classesempre era um dos melhores alunos...e tirava as melhores notas...

A18: ..eu penso assim..a questão...eu consigo enxergar a importância por exemplo de biologia celular...eu acho importante...o que eu acho que tinha que talvez mudar...seria o enfoque como eles dão...por exemplo..eu acho legal...o básico..eu nunca imaginei...me cursando o básico numa faculdade de medicina...foi na hora que eu entrei aqui...que ah...tem básico?!?!...não sabia nada disso...

2.3) Os primeiros contatos com a morte e o sofrimento

Os primeiros contatos com a morte e o sofrimento são apontados pelos alunos do 2º ano. O caso da autópsia, que relembra a morte que acaba de acontecer, parece mobilizar nos alunos sentimentos de insegurança e incerteza frente aquela situação que está sendo presenciada. Uma aluna destaca como se sentiu incomodada com a frieza com que alguns colegas se comportaram frente a uma sessão de autópsia, levantando o receio que parece existir por parte dos alunos em manifestar seus sentimentos frente a questão.

A16: ...eu ...na questão da autópsia assim...eu até...fiquei feliz comigo mesmo...porque antes da autópsia...acho que eu criei aquele mito tal...eu nunca vi um enterro.né...nada ...então...pra mim era a 1ª pessoa morta que eu ia ver....e eu tava...com medo....mas até que assim....não foi tudo aquilo que eu pensava não...então eu gostei ...da minha reação né...e eu assim....eu até que consigo..é...controlar bem minhas emoções assim...eu consigo ficar frio...quando eu quero...né...

A18: ...foi um impacto muito grande assim...

A18: ..eu vi isso quando eu tive que assistir autópsia....eu ficava morrendo de medo de assistir autópsia...eu falava assim...nossa...mas imagina...ver uma pessoa que acabou de morrer..assim...nossa...deve ser horrível...né...mas ninguém falava isso....ninguém...tava todo mundo fingindo que era forte...fingindo que ia lá... .(...).voce se adapta...entendeu?!...a 3ª vez que voce vai..já não é igual a 1ª ...mas...porque que voce não pode falar que...que...a 1ª vez...voce sentiu mal...sabe...

2.4) A falta de atividades médicas no início da formação

Os alunos do 2º ano destacam, dentre algumas das dificuldades vivenciadas, o distanciamento de atividades relacionadas à prática médica e nesse aspecto, um aluno relembra sua “iniciação” com experimento em ratos, como sendo uma atividade que se assemelhou de certa forma à prática médica. No entanto, eles destacam a pouca oportunidade que o curso oferece de se sentirem mais próximos da realidade médica.

A16: ..é agora por exemplo...a gente dá plantão nas Ligas...e é uma coisa que eu até gosto...assim...eu gosto de falar que eu vou dar um plantão...gosto de ir lá no hospital acompanhar...tal..é...muito gratificante....todo mundo que ta no 2º só ta vendo livro...só ta vendo...a teoria né...quando vai no hospital mesmo...é muito gostoso.

A18: ..sabe o que eu acho que acontece com o 2º ano também?!...que eu lembro que no 1º ano....apesar de tudo..de não ser como eu pensava...mas eu lembro que a 1ª vez que eu fiz um experimento com ratinho....eu achei o máximo...liguei lá em casa sabe...ai...que não sei que lá...que a gente tirou não sei o que do ratinho...

A15: ..daí...e assim...eu acho que no começo...ah dizem que depois voce não vai ter tanta vontade...voce vai cansar de dar plantão...de na.na...só que no começo a gente quer muito..

2.5) A mudança do estilo de vida

De forma similar aos estudantes do 1º ano, os alunos de 2º ano também consideram a carga horária grande, dificultando com isso uma organização insatisfatória da vida pessoal . Nesse aspecto é destacado que o aprendizado fica comprometido, em função da falta de tempo para estudo, além do aluno também precisar conciliar atividades de lazer necessárias para a sua vida. O novo estilo de vida, o ter que lidar com a autonomia, faz com que os estudantes se sintam ambíguos em relação às alternativas de estudo e de como priorizar as atividades acadêmicas e as de lazer.

A16: ..arrasar!!...agora vou...num to mais fazendo cursinho...vai ter tempo..vou..praticar esporte...daí eu vi que foi bem diferente...né...que aqui..assim...era bem puxado...né...o nível é bem puxado pra INTERMED né...mas que assim também...era...é muito difícil voce acompanhar esse nível não só porque é puxado mas porque o nosso curso não dá...(....).eu acho que assim...o principal que...que pega na nossa faculdade é o tempo mesmo..né...que a carga horária é muito grande...e..a gente não tem tempo pra absorver tudo aquilo que foi administrado pra gente ..né...num dá...é que nem...uma poluição visual...por exemplo, se voce vai em Las Vegas...é tudo...uns letreiros fortes assim...tudo colorido tal...mas se voce ...voce não consegue enxergar nenhum...de tanta...

A18:(...).é...esse problema da responsabilidade...eu assim...eu não sinto tanto....assim...mais porque eu vejo que...várias pessoas passaram...e todo mundo ta conseguindo...e ta sendo médico tranquilamente...então eu acho assim...as vezes eu fico com medo...mas vai ser tranquilo...é...o problema que eu tenho é que ...é...é a questão do ...da carga mesmo...porque eu sabia que ia ser bem puxado mas eu não imaginava quanto...

A18: ...o sistema de ensino muda!!...voce ainda tem toda aquela questão enfrentada...porque...assim...sabe ...do trote...porque tem muita gente que vem...e sabe...fica com medo...tal...que é uma questão...por exemplo....eu ...não assim essa questão de ficar com medo....mas eu vim pensando...assim...imaginando que ...quer dizer...eu vim ...nunca tinha morado sozinho....vim pra cá...meus pais moram a 1000Km de distância....cheguei sabe...pensei..ah não...mas lá vai ter bastante pessoas que vão me ajudar...quer dizer...chegou aqui...era aquele bando de veteranos...assim sabe...querendo....sabe...fazer com que voce gaste dinheiro....pra fazer inscrição em tudo quanto é coisa....

A15: .? as vezes eu tenho uma vontade de falar assim...eu vou ler o livro inteiro de novo.....sem saber por onde começar...sabe...

2.6) O problema com o trote e com os veteranos: as decepções

A questão do trote é destacada aqui pelos alunos como manifestado na decepção com alguns veteranos, no sentido de não terem dado apoio aos calouros. Neste aspecto, os alunos destacam a falta de acolhimento dos alunos veteranos e também de suas posturas agressivas em festas.

A16: ..uma coisa que eu achei...assim...por exemplo...no nosso 1º ano...né...a gente teve assim um pouquinho de trote ..e tal...um pouquinho de gente pegou no nosso pé....eu lembro do pessoal da nossa turma...que falava...ou...a gente n'ao vai fazer isso com os nossos calouros...né...e...teve sabe....eu percebi que isso passou...da nossa turma...eu falei ...como?!...tão dando trote...nos nossos calouros!...(....)e cheguei sabe....eu não tive apoio...eu imaginava que os veteranos ia chegar e ...ah...voce tem lugar pra morar?...não sei que..sabe...tipo..ia dar aquele maior apoio...e não foi sabe....já quiseram dar trote e tal...eu saí daqui pensando assim...sabe...não...eu falei..porque...foi o que eu escolhi...eu vou continuar aqui...porque eu pensei..será que eu vou pra outra faculdade?...dava tempo de eu tentar fazer matrícula em outra...eu falei..não...vai ser a mesma coisa...quer dizer...foi uma situação que eu falei....eu vou ter que enfrentar...porque eu quis...escolhi e hoje eu to feliz...por ter enfrentado...mas ...na hora sabe...dá ódio sabe...se pensa...será que realmente era isso que eu queria?...sabe...eu fiquei tão feliz na hora que eu passei no vestibular...achei que minha vida ia mudar...que ia acabar todos os meus problemas...tudo...chega...voce vê...sabe...aquela coisa ..assim em cima de voceé complicado!!(....)uma coisa que acontece bastante...foi o que a () falou...que a gente se adapta...foi uma situação muito engraçada..assim...que eu tava....assim...eu acho que a gentena faculdade de medicina...são tantos choques e tantas coisas diferentes ..que a gente acaba se adaptando a umas coisas...mas que na realidade...pra população em geral ...as...sabe...quem vê...acha isso muito...assim...uma coisa quequer dizer..não entende como a gente se adapta....foi muito engraçado que teve show méd...que é um evento que a gente faz ..tudo....eu lembro que eu saí do show méd...tava comentando com uma amiga minha de fora da faculdade....falei nossa!!...foi super legal...só quebraram duas cadeiras...(riram)...porque assim...geralmente quando tem evento quebra bastante coisa...quer dizer...pra gente quebrou duas...foi uma coisa...foi ótimo....ela chegou e falou...nossa!!mas como!!....sabe...quebrar duas cadeiras não é uma coisa normal....ficou assim falando...quer dizer ...o nosso limiar do que já é normal..e o que é...sabe...muda muito quando voce entra na faculdade sabe...

A15: ..eles falam assim...ah...não tem trote...então...é...não tem como a gente chegar em vocês ...não sei o que...não...eu acho...uma bosta trote...ainda bem que não teve...assim já foi difícil...imagina...(....)o que voce espera do comportamento do comportamento do sextoanista?...voce acha que ele é um cara...cabeça boa....sabe...voce acha que ele é um...maduro...tal...um monte de cara bêbado....chapado....sabe...arrebentando...chutando....tudo a escola...soltando bomba dentro do quarto....eu tinha que gostar daquilo gente?!...que desespero...

2.7) As dificuldades no relacionamento interpessoal

As dificuldades de relacionamento entre os alunos são destacadas aqui como algumas das dificuldades vivenciadas no ciclo básico, sendo destacada por eles a competição em relação às notas, à futura competição entre os próprios colegas pela residência médica. Um outro aspecto também apontado por uma aluna foi o fato de

que os estudantes de medicina parecem uma população homogênea, que fazem tudo igual, pensam de forma igual, se igualam em vários aspectos e que nesse sentido surge uma dificuldade por parte de alguns em assumirem pensamentos e atitudes que diferem da maioria. É questionado também pela aluna o fato de que, quando o aluno tem tempo livre ele acaba dedicando o mesmo às atividades ligadas à própria faculdade, sendo impedido com isso de vivenciar outras coisas e outras experiências.

A16: ..é...o que a (nome de aluno) falou por exemplo assim...de ir na casa do outro...domingo e tal...eu percebo que eu tenho isso ...masprimeiro porque eu moro em Ribeirão...mas...é...eu tenho mais isso só com ..as minhas amigas da enfermagem....é...ou da filô...que eu conheço...ou da Odonto...alguns que eu conheço também...mas não...com o pessoal da medicina....

A14: ..e a competição vai ficar entre gente da sua própria classe....

A15: ..é..eu não me sentia..é....as vezes...ah...normal...é o período de adaptação....entendeu...as vezes eu não me sentia mal com a minha nota assim....e...e as minhas notas não são ruins....entendeu?....só que as vezes as pessoas em volta...faziam voce se sentir mal entendeu?!...

A17: eu sou... uma coisa muito comum na medicina....cara...que por exemplo...é todo mundo igual...são grupos muito homogêneos (ela dá ênfase nessa fala)...as pessoas tentam se diferenciar...mas quando voce aí fora...todo mundo veste as mesmas roupas...todo mundo pensa as mesmas coisas ...todo mundo é muito conservador.....(...).acho que fica uma coisa mesmo de panela...voce ta acostumado com aquelas pessoas..imagina...se voce chegar com outras...porque é sempre mais difícil...voce ta começando um relacionamento...porque ???? voce já tem ...essa dificuldade pode partir muito mais ...disso do que ..uma das pessoas não quererem conversar com voce...ou não te aceitarem...porque faz parte de um grupinho ali.....(...).não é questão disso..sabe...mas é porque...as pessoas estão sempre todos muito iguais...todo mundo se diverte da mesma maneira...todo mundo sabe...curte as mesmas coisas...conversa sobre as mesmas coisas sempre...e quando voce acaba vendo...ta...tudo bem...tem as panelinhas as vezes....o grupo assume uma identidade...ali...mas se voce for ver..assim...é tudo tão igual na medicina...acho que uma coisa que...que mais me irrita assim...cara...que é todo mundo muito igual...é tão difícil voce ver uma pessoa que pensa diferente...e consegue assumir o pensamento diferente dela....sabe..(...) ...e fica todo mundo o tempo todo tudo igual....(...).e se voce vai fazer alguma coisa...aí se voce tem um tempo livre..voce vai fazer mais uma Liga...ou vai fazer mais uma Liga...vai fazer a 4ª Liga...do seu tempo livre...voce acaba preenchendo com atividades...ligadas a medicina...enquanto que voce podia(...).ah...eu acho que é uma coisa que só acontece aqui.

2.8) A des-idealização com o “modelo de estudante de medicina” e com a própria medicina.

Os alunos falam da decepção que acabam tendo em relação ao que esperavam do modelo do estudante de medicina, o modelo do aluno comportado, inteligente. Segundo os relatos essa idealização deixa de existir à medida que se deparam com a

realidade acadêmica que os colocam muitas vezes frente a situações contraditórias desse modelo idealizado. Por outro lado, um aluno questiona essa imagem do “modelo certinho” que tem que ter o aluno de medicina e que as vezes é imposto ao mesmo através de normas e regras sobre o vestuário, por exemplo, ou a maneira de se comportar e de se vestir.

A18: ...porque ninguém entra com esse espírito...ninguém entra sabe...é uma coisa que eu tava comentando um dia com um amigo meu....todo mundo que é de fora sabe.....pelo menos as pessoas que eu conheço....sabe...gentil...a gente acha que estudante de medicina..é...o modelo do estudante...é o mais inteligente ...é o mais...sabe..o mais educado..o mais tudo...e quer dizer...mais a realidade não é essa...sabe...

A15: ..ah..eu acho que eu idealizei muito...assim...a profissão sabe...não tinha..eu não tinha médicos próximos..meu pai...nem minha mãe....não tinha ninguém da família que...eu não via a realidade da medicina entendeu...era uma coisa meio idealizada....assim...eu num...também.... encanei com isso.....não me via fazendo outra coisa....eu não queria fazer outra coisa de jeito nenhum.....(...).voce vive numa corda bamba...assim....porque ,....pra mim não tá bom...mas...parece que ..

A17: .mas.voce sabe o que eu acho porre?!...assim...todo mundo vem com essa idéia de ser um super médico sabe...não sei que...chega aqui na faculdade....vem...sei lá...o cara...veio...passou a maior bronca pra gente ...e...pras meninas...veio de chinelas e bermuda....que na verdade a gente tinha que dar o exemplo...e vir de jaleco...(....)....voce tem que ter uma postura com o paciente...então eles reclamaram do calouro que tem cabelo comprido ...e usa arco...aí começam a reclamar do cara que tem pearcing no nariz...aí começa a reclamar do cara que fez uma tatuagem...porque eles tem que passar uma imagem do paciente...e ninguém percebe que essas pessoas ...tem uma vidae se é calouro em Ribeirão Preto...o cara vai vir de chinelo e bermuda....pôxa vida!!...ele vai passar calor...vai vir de jaleco que tem que passar uma imagem...passar uma imagem que não passa calor?!...quer dizer o cara tem cabelo comprido?!...hum...vai ter que cortar o cabelo?!...só porque tem que passar uma imagem pro paciente?!...ninguém leva a sério que o cara tem uma vida dele...e o cara...acontece de ser médico...tem gente que acontece ser engenheiro...fica muito nessa coisa...que médico tem que ter uma imagem...de um cara...arrumado..de jaleco...bem super alinhado...tiraram pontos dos caras na cirurgia...porque eles iam com o cabelo bagunçado..entendeu!!...acaba esse negócio.....que tipo..ninguém valoriza...que tão ali..é.....o médico...o médico é um ser humano...todo mundo fala que o médico tem que tratar o paciente...com...uma...uma...coisa mais humana...mas ninguém trata a gente como um ser humano...entendeu?!...é sempre aquela coisa...esse aqui é um médico...esforçadinho...de branco...arrumadinho ali...bonitinho...ele vai chegar ali pra voce e vai perguntar toas as coisinhas pra voce....e vai saber dar o diagnóstico certinho (falava em tom de ironia e ao mesmo tempo com ênfase no que falava)...pra voce ...ninguém pára pra pensar que...puts...será que o meu médico vai saber direitinho...se um cara chegar prá voce ...olha...eu não tenho muita certeza...perá!...eu vou dar uma pesquisada...voce volta a semana que vem...vou pedir mais uns exames...e tudo...essa cara... nunca mais ele vai voltar no médico..vai achar que o cara não sabe do que ele tá falando...então passa essa imagem também...as vezes...e voce acaba assumindo isso...sabe...que voce tem que ser um cara...ali...um exemplo....sabe...voce tem que usar o branco...e o cara não se tocou que....a minha depiladora usa branco também...

2.9) A preocupação com a residência médica /outro vestibular

Um aluno aponta nesse momento da formação uma preocupação com a futura prova de residência, questionando nesse sentido a possibilidade de um novo vestibular que terão que enfrentar.

A18: ...é..é outro problema que eu acho que é importante levantar também...porque quer dizer....assim...eu acho que pra gente...sabe....eu acho que não devia ter essa cara de vestibular a prova de residência....porque é uma coisa tão....sabe...é tanta....é uma responsabilidade...é uma coisa tão forte....que voce devia ta...chegar lá preparado...e não ter que estudar...o que acontece?!...hoje....o pessoal do 6º ano...que deveria...quer dizer...eu...na minha opinião...eu acho que é bem mais importante eles se dedicarem ...ao internato deles...sabe...fazer uma prática médica melhor....e se dedicar...por exemplo....quem gosta de pesquisa... voce poderia se dedicar a fazer uma iniciação científica tudo...o que acontece é que...sabe...eles tem que ta estudando igual pra vestibular....tem cursinho pra passar em residência....de medicina..

Tema 3- O papel do médico

3.1) O médico precisa ter limites pessoais

Em relação ao papel de médico ou às expectativas frente a esse papel, os alunos admitem que esse profissional deve ter limites pessoais a serem respeitados, em relação às várias cobranças que são impostas a ele durante o exercício de sua profissão.

A14: ...eu não acho certo....isso...ta...chega...o paciente chega....voce não é tão legal....com ele ...como...sabe...voce foi ontem....com um outro paciente....mas ??? a gente fica se cobrando isso...ai...porque que eu não fui....sabe....a gente fica..

A17: ...agora ...é uma coisa do médico..de se respeitar e impor um certo limite...falar...olha...sabe....eu entendo voce ..eu quero atender voce bem.... (.).eles não respeitam...fica sabe...tipo...não sei...uma correriauma coisa....que as vezes não tem ..não tem porquechegou uma menina...tal ..conversei....no prédio do meu namorado...tem várias meninas que vieram do nordeste ...fazer residência...algumas já são médicas...e tão trabalhando aqui....uma delas...falou...a gente tava conversando..sobre como é....medicina...ela é formada em Odonto e medicina....fez as duas faculdades juntas...aí ela tava falando....certas coisas ...de um neurocirurgião....que a mulher é que acabava cuidando toda dos filhos....porque o cara operava até de sábado e domingo....tem necessidade de uma coisa dessa?!. (...)...e o quanto voce precisa ter um certo momento pra voce ...as vezes voce tem uma necessidademenor...voce pode trabalhar ...das 8 as 10....da noite...é ta super bem pra voceas vezes não ta....eu por exemplo....prá mim não dá...eu ia ter que trabalhar bem menos....sabe....mas..se tem que saber esse limite...voce ter essa hora...

3.2) A valorização da relação médico paciente

Segundo os alunos, no perfil de um bom médico deve estar contido a valorização da relação médico paciente, o respeito e a empatia com os sentimentos do paciente.

A16: ...uma coisa assim que ...eu acho ...é um médico assim....que...que ...dê valor no paciente mesmo né...uma coisa que...

A18: ...mas é que ..me veio a idéia agora...assim...que é..que eu acho que é bem importanteassim...é que a gente de repenteé uma...acha que é uma coisa...uma profissão...assim...tão...uma profissão...é....voce ta dando com a vida assim..das pessoas ...de repente tem muita genteeu acho que a gente ...tinha que ter um curso...ou não sei o quepra gente de repente ...se ta na pele do paciente...(....).mas eu digo assim...pros pacientes..... saberes...é...vai ser uma coisa que eu acho que de repente voce chega lá...o cara tudo desarrumado....de qualquer jeito....

Tema 4- As expectativas quanto aos grupos reflexivos

4.1) O grupo possibilita novos conhecimentos e novas amizades, espaço para as discussões da formação médica.

A perspectiva da formação de grupos reflexivos é percebida pelos alunos como uma possibilidade de fazer novas amizades e a importância de se criar um espaço para as discussões das dificuldades acadêmicas vivenciadas nesse momento da formação. Os alunos destacam que o espaço poderá ser para reflexão e não reclamação, pois o tempo que é vivido dentro do curso ainda não possui espaço para a reflexão sobre o mesmo.

A14: ..é.... a gente conhece mais gente...que a gente nunca teve muito contato....a gente não teve muito contato...

A16: ..uma das coisas assim..que não é nem expectativa assim...que eu já percebi que já...me ajudou bastante é quequando eu..é..eu comecei a conversar aqui com o pessoal...eu vi que...não era só eu que tava tendo dificuldades...né...eu vi que todo mundo tava tendo dificuldade...então...hum...é uma coisa até...normal né...(....)é aqui...a gente ta discutindo só isso né....então a gente aprofunda...bastante como o Daniel falou...(....)..é...normalmente quando a gente ta discutindo alguma coisa assim...é no máximo alguma reclamação....que alguém faz na hora assim....sabe...alguma coisa...passageira....mas num....não passa disso....

A15: ..não faço mais nada!!.....então....mas eu vivo disso!!...a noite eu vou...dá o plantão da Liga...vou ficar pensando o que?(....)a irmã do meu namorado joga basquete...ela fala de basquete...ela assiste jogo de basquete....24 horas por dia....!!...ela só sabe falar de basquete!!....sabe...é o que voce

escolheu...entendeu?!...é...eu também sinto falta de outras coisas...mas eu acho...que...é...isso é por causa do tempo entendeu?...a gente sabe...a gente vê ...???

A18:..porque assim..a gente nunca teve....esse...sabe....eu tava falando com ...acho que eu comentei com eles assim...quer dizer...é...a gente temas vezes eu vou assim... na reunião do departamento de ensino do Centro Acadêmico....que a gente discute algumas coisas do básico e tal...mas é uma coisa diferente...lá a gente ta discutindo..e discute ...ta...aqui a gente assim...não sei se é porquede ter esse vínculo aqui sabe...quer dizer...voce é psicóloga?

A16: ...e assim Fátima...uma coisa assim também que eu to ...criando uma expectativa...até grande eu acho..é que...os nossos professores depois sejam humildes assim...pra aceitar....até as idéias que tão saindo desse trabalho...né...prá que não seja...assim....uma coisa que fique só entre a gente ...né...mas que sirva...

A18:..é então...mas eu fiquei assim....sabe...mas quer dizer...eu me surpreendi muito sabe....eu achei...to falando com sinceridade...eu achei muito legal....tanto a outra sessão quanto essa ...eu achei muito legal assim...eu não imaginava que ia ser dessa forma....tanto que eu falei...nossa!!...o tanto de coisa pra fazer...onde eu fui me meter?...eu pensei assim..(começo a rir)...sabe...

ALUNOS DO 3º ANO

Tema 1: A escolha pela Medicina

1.1) Altruísmo/Autonomia/Profissão liberal/interesse pelo corpo humano

Os alunos do 3º ano destacam que a representação pela escolha da medicina foi ancorada pela idéia do altruísmo e pelo fato da medicina ser uma profissão liberal, gerando com isso uma certa possibilidade de autonomia no mercado de trabalho. Além disso, também é destacado o interesse pela biologia, pelo corpo humano.

A25: *eu?!...ah eu não sei...eu não sei...eu não sei na verdade porque que eu quis medicina...de vez em quando eu me pergunto sabe....eu....eu tenho um lado altruísta assim..eu gosto da área social muito...bastante...e eu não tinha outra opção...no vestibular...porque tosas as opções que deram...eu fui na área de humanas....relacionado mais a ...contato social mesmo...relações públicas...essas coisas...mas eu sempre via um empecilho assim sabe...normalmente um empecilho ético...que nem...jornalismo por exemplo....eu nunca ia conseguir trabalhar numa revista hoje...do jeito que as coisa são sabe...porque...do jeito que a mídia é....relações públicas eu não ia conseguir falar pra alguém que empresepou....?sabe....essas coisas....então...a medicina era o que mais...o que menos...o que eu mais podia ser livre....podia tomar as minhas próprias decisões....quer dizer...da minha carreira...da minha carreira..... E....também eu não sei porque eu continuo...eu gosto do contato com o paciente...eu acho...o básico eu odiei...por mim eu teria saído....mas eu fiquei esperando pra ter o contato com o paciente...pra ver se ia ser bom....assim...*

A24: *...agora...e outra coisa também acho que trabalhar como profissional liberal....(...) acho que foi um pouco o que ela disse...essa coisa de conhecer o corpo humano...é tão legal né...puts...eu ficava maravilhado...biologia pra mim era o máximo....assim...(...) era o máximo...quer dizer mesmo.....mas biologia era o máximo...assim...eu queria conhecer mais o corpo humano... tinha aquela coisa de querer ajudar as pessoas...queira ou não...quem falou...essa coisa da aura do médico...né...o poder de cura né....em geral é uma coisa...eu posso curar...é engraçado que acho que a coisa...dói demais até hoje...as vezes a gente acompanha lá...*

A22: *...ah eu também nunca tive nenhum motivo assim....eu sempre gostei de biológicas...porque eu fiquei bastante tempo prestando vestibular pra entrar em medicina...então..eu acho que...eu fui levada assim...eu prestei um ano medicina...não consegui...eu falei...não...eu vou conseguir...e sabe...eu fui levando até eu entrar...mas eu gostava de biológicas...eu quando...no primeiro ano...assim...quando eu saí do colegial....sabe...fazer biologia....oceanografia...eu gostava de biologia...af eu fui levada pra fazer medicina....assim...meu colégio ele tinha muita coisa voltada pra medicina...assim...ele tinha...a gente teve um curso...que eu assim...o meu colégio mesmo...foi escolhido...pra participar num curso lá na Pinheiros...então você...você entra na Pinheiros e começa....aquele...a ver como que é o movimento.lá...você fica encantada com aquilo...você não conhece...também..... é um encanto....eu comecei a prestar vestibular eu falei...não...o ano que vem eu entro....até que entrei!!! (e ri)...*

A21: eu também sempre gostei de biológicas né...mas eu até pensei em outras coisas...fisioterapia...mas eu achava que era muito limitado...assim...eu queria uma coisa mais abrangente...né...que era a medicina...eu também tinha esse lado de quere ajudar os outros...né..

1.2) A mudança na motivação inicial

Alguns alunos manifestam que suas motivações iniciais quando estavam no 1º ano e agora, parecem ter sofrido alguma alteração, por exemplo, uma aluna destaca que no início a sua motivação tinha mais a ver com o interesse pela biologia, mas que agora no 3º ano, o contato com os pacientes fez despertar outra motivação que é ajudar o outro.

A23: ...o que eu pensava antes...não é o que eu penso agora...o porque eu entrei é diferente do porque eu continuo...(...)não...quando a gente...antes de entrar..eu tinha uma visão assim...mais da biologia..da coisa...eu sempre achei bonito sabe...foi mais o desafio de conhecer mesmo...eu tinha como bonito o corpo humano....eu queria conhecer...hoje em dia...eu...tanto que eu pensava na área de pesquisa...mas hoje em dia assim...o contato que a gente...o pouco contato que a gente teve com o paciente e tal...mudou totalmente assim....eu quero clínica tal...e eu...agora...eu penso muito mais assim em ajudar pessoalmente do que através de pesquisa...por.que antes era uma coisa mais egoísta..acho que eu pensava em mim....e conhece-lo né...mas agora eu penso mais em ajudar do que..

1.3) O prestígio e status social

A idéia do médico enquanto um profissional de status e respeitado é assinalado aqui pelos alunos como uma das razões que os levaram a escolha pela medicina, além do poder da opinião médica e da influência que esse profissional tem diante da sociedade. Isso se torna evidente no relato de um aluno que destaca as solicitações médicas que às vezes o estudante de medicina é acometido por parte de familiares e da sociedade em si, assim que ingressa no curso médico.

A19: eu....assim...é....eu tinha...eu pensei em fazer medicina...pelo...pela própria figura do médico...assim...que me...sempre é uma pessoa....é....é...mais assim....que tem uma...uma...uma...é uma figura mais assim....mais assim...não respeitada....mas assim...é alguém que...que.....se identifica no meio de uma população...e por...também pensava muito assim....igual ela falou...assim...na...na...no corpo humano...como é que...como funciona e tal...e de poder conhecer bastante né...de poder ajudar as pessoas...e aqui dentro eu meio que....não sei se é por ta no meio de um monte assim....mas a figura do médico perdeu totalmente...essa...(...)não só o médico....quando assim...na primeira semana...voce acabou de passar no vestibular...ta de boina ainda....nego já te pergunta....ah...eu to sentindo uma dor não sei aonde...o que você acha que é?...

A24: essa coisa de....engraçado...antes eu ia no médico assim...a gente tava na faculdade....mesmo...aqui na faculdade...o médico falou ta dito né...

A20: não sei...eu tava bem na dúvida...se eu queria...eu sempre gostei muito de viajar...se eu queria fazer relações internacionais...a idéia de viajar...ou fazer medicina...por status mesmo...de vestir branco...de poder ajudar pessoas...e ser respeitada...aí na dúvida eu falei...eu vou prestar medicina porque é mais difícil...entrar...aí eu posso pensar mais um tanto...e ver o que eu quero fazer...aí saí do colegial prestei...aí acabei passando...não...você vai fazer...você vai fazer...tem que fazer...minha mãe quis medicina...não conseguiu...aí no embalo de nossa passei no vestibular...ah...eu vou fazer...aí foi no embalo assim...de...passei...então vamo...sabe...foi assim...não tinha nenhuma certeza sabe...quero medicina...eu não tinha nenhuma certeza...

1.4) O interesse pela pesquisa

Um aluno destacou que sua motivação inicial para a medicina foi em função da pesquisa, que não pensava em clinicar e sim em pesquisar.

A26:...eu acho que comigo foi um pouquinho diferente...eu sempre pensei em pesquisa... desde criança eu sempre fui apaixonado por pesquisa...eu lia bastante sobre o tema...e eu queria entrar na medicina pra seguir mesmo na área de pesquisa...falava que eu não ia me dar bem com o paciente...não queria clinicar de jeito nenhum...agora pelo menos isso mudou um pouco...o contato com o paciente...você vai...compreendendo um pouco mais...mas...não deixei esse lado da pesquisa não...eu pretendo pelo menos conseguir conciliar isso...conciliar a clínica com a pesquisa...eu acho que a minha maior paixão ainda é por área da pesquisa mesmo..

Tema 2- As dificuldades vivenciadas

2.1) O relacionamento com os professores no ciclo básico: falta de motivação pelas disciplinas e a falta de didática

Os alunos destacam, no aspecto da relação com os professores, que estes no ciclo básico se preocupam muito com suas linhas de pesquisa e que durante as aulas acabam reforçando muito essa questão, deixando de promover a motivação do aluno para o aprendizado daquele conteúdo, que é muito específico da linha de pesquisa do professor. Nesse sentido, é como se os professores e as matérias do básico fossem tudo o que eles teriam que aprender. É destacado a falta de didática dos professores e os alunos comentam ainda que muitos dos professores são médicos e pesquisadores e que não tiveram preparo para serem professores. Nesse aspecto, cria-se um distanciamento na relação com os alunos e os mesmos ressaltam que não sabem ao certo porque estão aprendendo determinado conteúdo, porque aquilo é importante para a sua prática médica. Parece que essa questão não consegue ficar clara para os

alunos, que relatam a continuidade dessa dificuldade também no pré-clínico, fase onde se encontram agora. Como uma estratégia, os alunos sugerem que é necessário mudar a forma de ensinar determinado conteúdo, que os objetivos da disciplina devem estar muito claros, pois os alunos têm necessidade de saber porque vão precisar dos conteúdos de disciplinas que são muito especializadas.

A24: *eu acho assim...existem tres tipos de professores...eu vou até falar qual que eu acho que...pelo menos é o mais prevalente... aqui....existe o professor que voce não gosta da matériagostar da matéria...existe o professor que não muda o teu sentimento em relação a matéria....e tem....aquele professor que.....a matéria mesmo quando você gostava....X..(nome de um professor do básico) (...)outras coisas..outro cursos....Bioquímica...Anatomia...Histologia....sabe....assim...cada professor acha que nós tamos aqui pra ser o que eles são..(...) então...o anatomista quer que a gente lê anatomia....o histologista...e aí vai....(..)gente que usava....e não sabia distinguir o que era um tecido neural...acho assim...pessoal..que legal...o pessoal faz pesquisa de ponta...acho que é o ponto forte dessa faculdade....mas eles esquecem que a gente precisa aprender o básico de tudo..não precisa aprender a linha de pesquisa deles....tem uns professores que o ego não cabe dentro da sala!!!*

A23: *...talvez falte médicos dando aula no básico...não sei se é a didática..*

A20: *é...porque eles são médicos e pesquisadores..eles não foram preparados pra dar aula...isso eu sinto de diferença da faculdade de onde eu vim...porque...lá eles também não fizeram aula de didática....mas lá'...??/como é uma faculdade menor...eles precisam ensinar o aluno...então eles pegam na mão e carregam...o aluno...eles querem saber...se voce não entendeu...eles explicam..*

A19: *e vai ser do mesmo jeito...o professor vai entrar...ah esse paciente chegou aqui tal....tal...tal...a gente seu isso via oral...com tantas miligramas...não sei o que...não sei o que...endovenoso....pá...pá...pá...aí voce pó...chega outro...outra droga....ta...aí chega outro...não é uma droga igual essa.....é assim que voce vai aprender....ele falou...mas eu acho que seria mais fácil se tivesse uma aula disso..*

A24: *eu tive....raríssimas...falei raríssimas vezes assim...você encontrava com calouro...a gente tava brincando né...eu não tive muito problema no básico sinceramente...falta motivação...é igual falou....eu falava assim.as vezes..eu já parei pra pensar....ah mas eu devia...ter parado...pensado melhor..estudado um pouco mais..porque eu ia precisar disso mais na frente..aí né...conversando assim né...com os meus pais mesmo...eles são dentistas...mas...na minha família todo mundo fez faculdade....conversando...sobre a experiência de faculdades deles...os cursos..a maioria fez na área de saúde...é sempre a mesma coisa assim...falta motivação no básico...acho assim...pó...me diz...pra que que eu ia saber...como eu ia saber que TD...esse negócio de TD ia ser um negócio importante.*

A19: *a gente não vai em muita palestra hoje...justamente porque acabam sendo repetitivos...porque a gente tem aula....o professor que vai dar a palestra é o mesmo que deu a aula... (...)eu sempre falo por exemplo...se tem na Bioquímica....se tem aula de proteínas globosas....aí vem o cara que mexe só com problemas globosos....*

A21: *é que não é uma realidade pra gente isso...não adianta eles falarem..*

A23: *então eu acho que assim...acho que não precisa mudar o currículo...eu acho que precisa mudar o enfoque assim...que é dado...(..) eu acho porque???isso aqui*

é importante...isso aqui parece que não mas é importante...eles falam...é importante...mas não fala porque é importante..(...)falta a gente saber...o que que a gente tem que saber...naquela hora entendeu?!...assim...alguém fala pra gente...agora vocês tem que aprender isso...e aí depois assim..passar a curiosidade...mas isso é por causa disso...disso...disso...mas assim...concentre-se nisso...queaprende...(.) ...talvez falte médicos dando aula no básico...não sei se é a didática..

A20: ...você estuda mas você não sabe porque você estuda....você estuda porque você tem que passar de ano....

A19: ...fica um monte de coisa jogada...igual eu falei...é a ponta do funil...você não sabe onde você vai voltar...e onde você vai chegar..

A21: pra mim isso repercute até hoje...porque ...até hoje no hospital eu vejo...que o professor ta falando...aí ele começa a falar do tratamento....das drogas...eu falo....quando que eu vou precisar decorar isso entendeu?...

2.2) Faltam atividades da prática médica no ciclo básico

Neste aspecto, os alunos apontam a falta de atividades de práticas médicas no ciclo básico. Nesse período da formação, o paciente não é visto e para os alunos a aprendizagem fica mais facilitada com a presença do paciente ou de situações mais práticas que possam favorecer uma melhor compreensão do conteúdo. Sugerem ainda que o básico poderia ser mais enriquecido se os professores trouxessem casos clínicos para a sala de aula para serem discutidos.

A24:.... no 2º ano por exemplo, quando a gente começa a discutir caso clínico...o negócio fica muito mais fácil na cabeça...você não precisa fazer grande esforço...

A19: e a gente estuda pela curiosidade...é igual na última reunião a gente falava que a gente tinha...a maioria falou que tinha curiosidade pelo corpo....a gente estuda pela curiosidade....então a gente não quer saber se tem uma estrutura....dentro do cérebro que é...escurinha...perto de outra que é clarinha...a gente quer saber que aquilo ali é o lugar que dá o medo entendeu?!....a gente quer aprender isso... .(...).ver paciente...ver paciente...você passa pro 4º ano você começa a ver cada disciplina separada.....aí depois que você vai aprofundando que você entra na farmacologia...de repente voce chega lá na bioquímica assim...sabe...eu acho que ...por enquanto você ta vendo o negócio muito afunilado ali...sem saber o que tem lá em cima...os pacientes sabe...!!....então...você não vê muito fundamento naquilo que você ta aprendendo...e depois isso vai crescendo....né...vai...outras coisas...você vai vendo...você vê a Bioquímica...você a Fisiologia...a Farmacologia...a clínica....a terapêutica daquilo...aí voce vê a cirurgia entendeu....o paciente por último...certo?....é uma coisa assim...que você não vai ter muita noção....antes de chegar...

A21: ..tanto que cada aula que a gente vai...o Sérgio que é o professor da Anatomia...porque assim...ele pelo menos ...dedicar uma parte da aula...

2.3) O ciclo básico para o 3º ano

Os alunos do 3º ano não se sentem mais no básico. Durante o 1º e 2º ano, parece que as atividades se restringem mais a assistir aula, enquanto que no 3º já tem o contato com o paciente, que acaba despertando mais interesse. O curso acaba sendo mais motivador. No entanto, por já terem passado pelo básico, sentem que deveriam ter se dedicado mais na ocasião, apesar das dificuldades assinaladas e, nesse aspecto, salientam que na grade horária deveria ter mais janelas para os alunos se organizarem melhor no ciclo básico. Parece que o ciclo básico, na representação dos alunos do 3º ano, é como a volta ao colégio, no entanto, os alunos apontam que a superespecialização de algumas disciplinas contribui para a desmotivação nesse período da formação.

A23: ah...mas não dá a impressão que a gente ainda tá no básico né?!...

A19: porque o 1º e o 2º....voce assiste aula o dia inteiro....o 3ª voce as vezes assiste aula de manhã....de tarde...voce vai lá...mexe com o paciente...é o contrário...

A23:se diverte...não sei o que....e aí depois agora que a gente tá no 3º ...eu acho que a grande maioria...é unânime nisso...se eu tivesse estudado quando eu tava lá..agora minha vida ia ser muito mais fácil....e a gente deixa passar assim...ótimos professores...que tão lá em baixo...e quando a gente tá lá não dá um pinga de valor...ninguém valoriza mesmo...quando a gente tá no básico eu acho...

A19: e o negócio que hoje eu sinto muito...assim...é que eu acho que eu perdi boa parte..acho que eu não...a turma toda perdeu muito do que a gente poderia ter aprendido....e a gente....???agora a gente tá vendo aquilo que a gente achava tão inútil.....não era inútil...

A23: é tem o pessoal bitolado do básico...eu acho... não mas assim....o básico eu acho que oferece poucas janelas...acho que a gente podia aproveitar mais o curso..se tivesse mais janelas...(..)tirarem carga horária de...sei lá...de bioquímica...de anatomia...pra dar aula de TD....que é um assunto específica...que é uma técnica de laboratório TD...e a gente tem os semestres daquilo assim...(..)é...a aula muito longa não é produtiva eu acho...né..lembra aquelas aulas de ...fisiologia..... a gente ficava até 6 horas da tarde...lá... (..)é...eu acho que a gente tem uma base incrível aqui...tanto que quando os professores comentam...assim...voce pode não saber de cara....mas...poxa...alguém já me ensinou isso aqui....eu tenho onde procurar...teoricamente eu já teria que ter essa base...

A20: é como voltar pro colégio eu acho!!!

2.4) O novo método de estudo e de ensino-aprendizagem

Os alunos levantam a questão de que o estudante de medicina sempre foi um dos melhores em sala de aula, em sua vida pregressa, e que agora no curso médico surgem as dificuldades de se adaptar a um novo modelo de ensino, onde o aluno tem que ser mais ativo e buscar suas próprias informações. A opinião de alguns é que os alunos são acomodados e têm dificuldades de ir à busca ativa do conhecimento.

A20: eu estudava pouco por livro...mas eu tentava explorar o máximo que o professor tinha pra me dar....de não sair de aula se dúvida...acabava a aula...eu ia anotando minhas dúvidas durante a aula...acabava a aula eu ia pegar o professor ficava mais meia hora...tirando dúvida sabe...se ainda não tava bom...se eu queria aprofundar eu ia...buscava na literatura...e se eu achava contradição na literatura do professor...eu ia debatía...discutía...sabe...não ficava acomodada...(no cursinho...a gente é Deus no cursinho...agora aqui não...você entrou em medicina?!...eu também....aquí já tá a nata sabe...

A19: bem é isso que você falou mesmo...a gente é muito acomodado..

A23: aí a gente estudou genética...chegou na prova...era uma formula...nada a ver...a gente colou...pediu cola pras meninas...aí chegou na nota....a gente tirou 7 e elas 5...(riram)...nossa...elas choraram...elas choravam...a gente passa cola e ainda tira nota maior que a gente....na nossa cara...foi ridículo..

A19: uma coisa muito relevante também... é...que aqui se cultua muito....por exemplo...como se fosse uma vantagem....o cara...é outra coisa.....que ela fala...o cara chega assim....o ano passado eu peguei 4 Rec. (Recuperação).... aqui...isso não é uma coisa.....singular assim....que uma pessoa fala....o cara conta assim as vantagens....passou com 9...recs....sabe...isso é uma coisa muito idiota de se ouvir...que voce até acha graça....o cara fala...não...porque quando eu tava no 1º ano....assim os cara fala...que eu peguei....todas as matérias do 1º ano...eu peguei.. (...)pra mim e pro (cita nome de colega)

A24:.. por exemplo...eu acho que...é uma questão diferente pra vocês...assim...a gente veio...ele de um buraco do Mato Grosso....eu de um buraco aqui perto...na nossa...do lugar que a gente veio...ele acredito que da mesma forma...a gente...normalmente era conhecido...aliás na escola que a gente fazia a gente era um dos melhores...a gente sempre...a nossa opinião valia por muitos sim...sabe...e a gente... (...)a minha foto...a minha foto saiu no jornal... eu fiquei morrendo de vergonha ...eu não sabia que ia sair daquele tanto...vem o cara do jornal fazendo entrevista...(riem)...falei...e agora....e aí você chega.... Todo mundo igual....não que você...

2.5) As dificuldades no relacionamento interpessoal e a competitividade

As dificuldades no relacionamento com os colegas também são destacadas pelos alunos, em relação à própria turma, a falta de união, de coletividade, a briga pela comparação das notas, a competição que é bem externalizada. No entanto parece que, segundo um aluno, no 1º ano os estudantes estão um pouco mais unidos e depois vão se segregando, em função da divisão de turmas que acaba ocorrendo

rotineiramente. Além disso, são criados, segundo os alunos, rótulos e estereótipos frente as pessoas, o que dificulta também as relações interpessoais.

A24: falando em relação interpessoal...eu acho que o problema não é só...com o professor...acho que...dentro da própria turma mesmo...

A20: e a gente tem que estudar pra essa prova....aí vira 3 alunos...o grupo que tem 13 vira 3 e falam.... não!!...eu quero ter aula...aí a gente não acreditou..

A24: eu acho ridículo uma pessoa....pelas costas..sabe...pegar.....nota pros outros depois ..ah quanto voce tirou...tirei tanto....sabe...as vezes é assim..

A23: mas eu acho que quando a gente entra no 1º ano....assim esse negócio de relacionamento entre a gente....a gente passa por várias fases né....que a hora que entra ta todo mundo unido...(..) mas assim...uma coisa....que eu...uma dificuldade...pelo menos eu enfrentei foi esse...esse...diz que me diz mesmo...porque nós....não sei...eu vim de Campinas que é uma cidade grande....e aqui assim...parece que...o pessoal fala...parece vila né....todo mundo sabe a vida de todo mundo...todo mundo fala da vida de todo mundo...

A24: sabe qual é o problema?...isso é uma coisa que me surpreendeu bastante...eu não vou falar...eu sou uma pessoa difícil pra caramba de lidar com..... As pessoas tem dificuldade pra lidar comigo...eu sou um cara chato mesmo...(riem)...só que assim...é...o problema aqui na faculdade...é o diz que me diz sabe...esse negócio de espalhar...(..)boato assim...e é aquela famosa história do me disseram que...esse me disseram o que...me disseram que fulano quebrou a daqui há pouco ele já fraturou o colo do fêmur sabe...porque....tem pessoas assim...eu falo assim...eu falo por experiência própria..mas eu vejo que tem tantas pessoas que a princípio eu tinha uma péssima imagem...a respeito...que várias pessoas falavam mal assim....por obrigação...eu fui obrigado a ter contato mais próximo com essas pessoas e me surpreendi bastante....e passei até a gostar das pessoas....olha...isso aconteceu muito na liga do trauma...com relação a algumas pessoas..pessoas assim que.....de tanto eu ouvir conversa assim...eu não queria nem ouvir....nem precisa conhecer essa pessoa...essa não vale a pena...esse cara é cafajeste...o cara é...um escroto..

2.6) O “sair” de casa e a adaptação

São relatadas pelos alunos as dificuldades que os universitários encontram quando da necessidade de morarem longe dos pais. Além disso, existe o problema com as atividades extracurriculares, que acabam gerando conflitos na tarefa de serem conciliadas com as atividades acadêmicas.

A24: ..esse negócio da gente sair de casa...é uma coisa complicada...até hoje eu não consigo passar uma camisa decentemente ou fazer um arroz que preste....

A21: então...porque aqui...a gente faz muita coisa fora....pelo menos eu faço...a Larissa faz...a gente faz muita coisa fora do curso....então as vezes não dá tempo também de estudar tanto...assim...

2.7) A influência dos veteranos no “culto ao negativismo” sobre o ciclo básico

O desinteresse pelo ciclo básico acaba sendo apontado pelos alunos do 3º ano como também, dentre outras questões, influenciado pelos veteranos, que cultivam um negativismo junto aos calouros, em relação a esse período da formação.

A23: mas acho que acaba né...virando uma reação em cadeia...assim...o contato com o professor....porque as vezes o professor ta interessado em dar aula...mas a gente...ouve tanto de veteranos...que não precisa dar importância pra aquela aula...o professor percebe o desinteresse...aí ele se desinteressa...a gente se desinteressa...e acaba virando um círculo...assim..

A19: ...que ela falou no comecinho...a propaganda que...essa idiotice de...voce chega pro fulano e fala...1º e 2º ano...manda alguém assinar procê...e vai beber....isso é uma propaganda forte...que voce acaba meio que sendo levado..

2.8) O questionamento quanto ao “brilho” da profissão médica

Os alunos do 3º ano em relação às dificuldades enfrentadas até o momento, colocam que perderam um pouco aquele sentimento de “brilho” pela profissão médica e se comparam com quando estavam no início do curso, o sentimento de admiração que tinham pelos alunos do 3º ano e que hoje se sentem tão iguais a qualquer outro. Colocam que, a medida que conheceram mais o curso e as dificuldades que permeiam essa formação, acabaram sentindo que todo aquele prestígio vivido anteriormente perde um pouco o sentido de ser. Um aluno faz uma comparação com o fato de que quando se aprende como é que faz a salsicha, nunca mais se quer comê-la, é como se, quando se aprende a ser médico, se tem dúvidas se quer de fato continuar. Com a evolução das experiências, parece que os alunos, algumas vezes, acabam se decepcionando com as atitudes de profissionais, do sistema como um todo e aí aquele “brilho” anterior acaba sendo questionado. Também é destacada por um aluno a incoerência de estar dentro de um hospital de ponta e não se saber até o momento o que precisa tomar para uma simples dor de garganta.

A23: eu acho que essa coisa do brilho....a gente vai perdendo porque a gente vai...eu não sei...eu sinto....um pouquinho...que a gente...quanto mais assim... a gente vai passando...eu lembro quando a gente entrou...a gente olhava o pessoal do terceiro...pareciam assim...perfeitos...sabiam tudo...agora que a gente ta no terceiro...a gente vê que é gente que nem a gente....

A19: esse...essa....essa grandeza que tinha pra mim....e tem pra maioria das pessoas que tão lá fora assim....pelo menos muitos....as pessoas que vem falar comigo e tal...que ainda mantem esse...esse papeldigamos assim....do médico e eu acho que

a gente de uma maneira geral aqui...a gente perdeu muito isso....da admiração do médico. (...)igual salsicha...se você vê como faz não come... (...)eu to dentro de um hospital de ponta assim...vamos dizer...todo dia...quando eu tenho dor de garganta....eu ligo pra minha mãe pra saber o que eu tomo...(riem)...eu não sei isso....assim...sei lá...eu acho que...eu ligo pra minha mãe...

A24: hoje mesmo....meu irmão tava passando mal...levei ele lá na UE....é aquele negócio....o residente tava examinando ele né....eu com a semiologia.....você fica pensando assim ...ah...será que esse remédio é o certo?...que não sei o que...que ele ta prescrevendo....será que ele não comeu bola de alguma coisa?...você fica assim né...e é engraçado o que você falou né (dirigindo-se ao A19)....de nas férias...assim...nas férias...eu to num hospital na minha cidade...bom a minha cidade apesar de ser um ovo...tem.....habitantes em Mato Grosso do sul...é referencia regional...por incrível que pareça....o pessoa de são Paulo vem...

2.9) O contato com a impotência do trabalho médico

Os alunos parecem que vão perdendo a noção inicial de que o médico tem que curar e acabam, de certa forma, tendo que lidar com a impotência do trabalho médico. Essas questões parecem estar associadas ao fato de que no 3º ano começam as discussões de casos com os professores, com a conseqüente tomada de consciência de que nem sempre é possível salvar as pessoas e, neste sentido, cria-se o duro impacto com a realidade médica.

A19: esse negócio que você falou aí de ..tipo....do poder de cura....igual você falou...médico falou....a gente obedece...antes de vir pra cá....agora que...principalmente o aluno de terceiro ano....que tem...discute com o professor e tal...ta começando fase de tratamento agora....e a gente vê o tanto que é paliado assim...o tanto que pode ser um lado..pode ser outro....cada lado tem 5 faces..

A24:...é engraçado que acho que a coisa...dói demais até hoje...as vezes a gente acompanha lá....eu to lá ...na sala de pólio...na liga do trauma....chegou o paciente lá mal..apesar de tudo que faz....o cara morre...né...na enfermaria...acompanhando o paciente....o paciente morre...nossa é um choque....cirurgia....o paciente...eles tavam...o paciente tava bom quando eles começaram a fazer cirurgia...e parece que morreu hoje né...eu falei cara...você vai acompanhando...nossa...assim...é horrível...horrível...mas apesar disso...e aquela coisa também...eu acho engraçado....poder ajudar as pessoas né...eu ter o poder de curar...apesar que...acho que aqui na faculdade...se quebrou bastante assim....isso...teve um banho de realidade..

Tema 3- O papel de médico

3.1) As novas concepções do papel do médico

Parece que, em relação ao papel de médico, ou as expectativas frente a esse papel, no início da formação, é esperado que o médico cure, salve vidas, no entanto, a medida que o curso evolui, parece que os alunos mudam suas percepções e o

sentimento de curar, de salvar vidas, acaba sendo substituído por outros, como o alívio do sofrimento, o conforto, o tirar a dor e, no fundo, promover uma melhor qualidade de vida para o paciente, passando a vê-lo como um todo e não como uma doença ou um sintoma.

A24: ...essa é uma coisa que...as vezes é...lembro de pensar assim quando...quando tem alguma coisa a respeito né...ah...o que que o médico faz afinal...quando alguma pessoa vem perguntar isso pra gente...as vezes surpreende...eu tava lendo um livro...do...como é o nome do autor...acho que é Rubem Alves...se chama???/ o médico....aí ...ele questiona né...qual é o papel do médico afinal?!...uma vez..eu acho que assim...uma vez um amigo me perguntou...e assim né...eu penso que...a gente pensava assim...curar...tinha essa era a expectativa...curar...(...)é...amostra viciada...mas...eu acho que...hoje eu acho que eu penso um pouco diferente....acho que é principalmente aliviar o sofrimento....talvez curar a doença quando possível...seja uma forma de atingir esse objetivo....curar o sofrimento...aliviar a dor...tem uma passagem do livro que... o ..Rubem Alves fala isso....e ele fala assim que....ele teve uma cólica renal....que ele...ele fala assim..nossa...tinha hora que dava vontade de morrer...que desgraça a maldita cólica renal...ele falou assim...nossa...a graça divina é não sentir dor...quando o médico me deu “dorantina” (nome do remédio, não dá pra entender direito)...eu percebi que a graça divina era não sentir dor...acho que é isso...é aliviar o sofrimento...acho que o meu objetivo hoje é aliviar o sofrimento....dar conforto....né...porque muitas vezes nem paliativo o tratamento pode ser....as vezes voce tem que simplesmente...assistir né...

A19: dar conforto e instruir....certas coisas que danificam...outras não....acho que é principalmente isso mesmo que voce falou....é confortar...tirar a dor...e ir também...principalmente instruir eu acho...né...prevenção é a melhor...remédio...(...) é o que trata o paciente...não trata a doença...

A23: eu acho que uma coisa assim...que a gente vê bastante na faculdade....que acho que deve ta na visão de todo mundo assim....é que ...medicina na verdade é promover qualidade de vida né....é uma visão..

A22: a minha opinião é tudo um pouco que eles falaram aqui....falaram tudo que eu tava pensando sabe...qualidade de vida....essa é a minha assim...minha idéia de médico....é promover qualidade de vida porque...geralmente...assim....as doenças....elas surgem de uma má qualidade de vida nas pessoas entendeu?!...são poucas as doenças assim...que...voce fala....nossa...tava predestinado....e não...voce...se levou aquilo....pela sua vida...então acho que é ensinar....é prevenção mesmo né...é ensinar as pessoas....sabe...mesmo que voce tenha que repetir....mesmo na liga...na liga de geriatria lá...a gente vê o paciente...voce ensina...a tomar remédio...quando ela volta ...tomou tudo errado....o remédio...tomou 3 remédios...com nada a ver...assim...a gente...nossa senhora....aí voce joga tudo fora...passa outro remédio....e já acontece isso três vezes já....que ela ta fazendo....e...tem que ficar batendo em cima disso...entendeu?!...pelo menos é a minha visão...

A20: eu acho que não é nem tanto passar segurança....eu acho que eu posso contar a maior das mentiras e passar a maior segurança....o problema é...eu ta segura...eu ta consciente...encostar a cabeça no travesseiro e falar....dei o meu melhor...fiz...o certo, entendeu?!.....não é porque eu faltei numa aulahoje eu não sei ver o cara doente...entendeu?!...

3.3) O bom médico é humilde e reconhece seus limites de atuação

O bom médico para os estudantes do 3º ano tem que ser humilde e reconhecer seus limites de atuação e de conhecimento.

A24: não tem recurso diagnóstico...não tem nada...quer dizer...as vezes o médico não sabe também....pôxa...ninguém aqui...nem que quisesse teria capacidade....de..deter todo o conhecimento médico....ter a humildade de aceitar...eu não conheço essa área...não conheço a doença....passa pró próximo...passa a bola...tem muito médico que é orgulhoso...fala...vou dar um jeito aí..

A21: as vezes voce até não sabe o que usou...mas o seu melhor...voce não vai saber qual é o diagnóstico....mas as vezes o melhor é voce pegar e falar assim...ó...passa pra outra pessoa.....o paciente...eu não sei...então a outra pessoa cuidar....essa é a minha visão...assim....o melhor do ponto de vista do paciente...é eu passar pra outro médico....sei lá...encaminhar...não é da minha área...isso...encaminhar pra outro médico...eu não vou curar...não vou acertar diagnóstico...mas eu acho que é o melhor que eu fiz.....

3.4) Valorizar e respeitar a relação médico-paciente

A relação médico-paciente para os alunos deve ser valorizada e serem sempre respeitados os limites do paciente, a sua capacidade de compreensão dos problemas que apresenta. Além disso, nessa relação é importante que o médico passe segurança para o paciente, não impondo suas idéias e concepções.

A19: a capacidade do limite do paciente...tipo assim...voce vai no médico....o cara te trata como se voce fosse idiota...

A23: mas sabe...o que eu fiquei...que mais atrapalha....mais do diagnóstico...é a relação com o paciente assim...sabe...acima de tudo assim.....esses cursos que a gente tem feito...o curso da LAMS..(Liga de Assistência Médico Social)....que a gente fez...na Liga do Câncer também eu acho que serviu pra mim...quebrar um pouco desse negócio de médico que cura...e ali...gastro ainda...prognóstico terrível..assim.....e a maior.... É paliativo mesmo...eu acho que assim...e diagnóstico...essas coisas assim a gente vai adquirindo..mas a minha expectativa assim depois que formar....que eu já for médica..é que os meus pacientes sintam segurança em mim...sabe...que encontrem um conforto quando entrarem no consultório....ai meus Deus to com medo que eu vou no médico..e sim...ah meu Deus...que bom que eu vou no médico..(ri)...(...) eu acho que o bom médico é aquele assim que ve assim... o bem estar do paciente....acima de tudo..

Tema 4- As expectativas quanto aos grupos reflexivos

4.1) O grupo é um espaço para “ajudar” os colegas mais novos em relação a uma estratégia de aprendizado

Em relação às expectativas quanto aos grupos reflexivos, os alunos vêem a atividade como uma possibilidade de integração entre eles, como um espaço para

compartilhar experiências com os mais novos e poder orientá-los. Além disso, foi colocado que pode ser uma oportunidade para o conhecimento de pensamentos e idéias de outras turmas diferentes, proporcionando o contato com realidades diferentes e que também o grupo poderá ser um espaço para o aprendizado.

A24: não...com certeza....com certeza...eu não tenho dúvida disso assim...mas eu acho que aqui tem muita cobra peçonhenta demais da conta...assim...sabe...cobra muito venenosa....e nossa...isso assim...eu acho que a gente acaba tendo que se reinventar todos os dias...a gente acaba pisando em muito espinho aí...sabe...dá muito vontade...olha...acho que...porque entrar nesse grupo?!...acho que pra descarregar um pouco essa tensão...acho que eu ouvi bastante os colegas...e...saber como os colegas encontraram soluções pra isso né...as formas que eles lidam com isso...talvez seja pra mim uma ajuda importante...pra lidar com essa realidade....eu tenho uma dificuldade muito grande pra lidar com essa realidade da faculdade...tem uma carga....eu muito frequentemente....eu dou uma bambeada assim nas pernas pra conseguir carregar....e principalmente assim...eu acho que eu...eu não quero pra ninguém...nenhum colega mais novo que passe pela experiência que eu passei assim...pelas experiências...tentar ajudar eles a passar de uma forma menos traumática...assim...acho que é o principal motivo por eu estar aqui..

A19: bom...eu quando..eu...entrei no grupo assim...decidi entrar....é....porque...eu acho que é justamente assim....eu percebi que ia ser um assunto que...a gente fala diariamente....geralmente a gente fala diariamente no sentido mais próximo da gente assim...com quem convive mais....e não em grupos assim....meio que assim...meio que misturados....que...e também assim...que tinha essa proposta de misturar com outros anos...e...como eu percebi que as minhas expectativas....eu mudei muito de que eu entrei pra cá...eu pensei....que isso poderia ser interessante pra quem...tivesse afim também....de...sei lá...demais na parte de dar conselho mesmo..

A23: o pessoal mais novo né...não cometer os mesmos erros que a gente cometeu....(riem)...é...aproveitar bem o curso...pra eles poder aproveitar mais..pra terem oportunidade de ???np básico né....(...)..e dá um sentido também...pois as vezes no básico a gente não ta muito animado...né...como a gente falou na reunião a gente não se sente mais no básico né..

A21: mas eu acho que é tudo os mesmos medos sei lá...as mesmas coisas assim...o medo de competitividade...não agora assim...quando chegar a hora tudo bem....é uma outra jornada...mas no futuro...né...na residência...assim...sei lá...não tanto assim a gente....maso nosso currículo....o currículo das outras faculdades.....as vezes a gente acha que o nosso básico é o melhor....porque eu acho que o nosso básico é muito bom...é puxado....eu acho...mas assim...comparar...né...ver o que eles acham.

A24: se a gente pensar um pouquinho tem mais uma coisa que eu acho...que deve ser muito...assim...não sei se é o termo mais apropriado...mas é engraçado....eu diria assim...porque...igual voce disse...tem realidades diferentes..

A20: a gente aprende sem perceber....sua atenção quando é pouca gente....ao mesmo tempo sua atenção ta o tempo todo...voce ta o tempo todo ligado.

4ª Parte: Resultados obtidos através do grupo reflexivo

A)- A Sociometria grupal: Considerações teóricas e a proposta de um modelo de análise sociométrica.

Quando se fala em grupo, ou em processo grupal, algumas considerações devem ser retomadas à luz da teoria moreniana. Para Moreno quando o cerne da questão é o trabalho grupal, alguns aspectos são importantes de serem considerados e acabam se tornando a base para o desenvolvimento do trabalho em grupo. Para Moreno (1992) algumas das bases preliminares para o desenvolvimento de qualquer tipo de trabalho grupal podem ser desenvolvidas através da percepção sobre a existência de uma estrutura de grupo e a necessidade de se conhecer mais a respeito dela; ou ainda de se conhecer os padrões de comportamento, papéis e costumes que dinamizam a situação independentemente dos participantes individuais.

Na teoria psicodramática é importante considerar as peculiaridades entre psicodrama e sociodrama, sendo que no sociodrama é o grupo como um todo que deve ser colocado no palco para trabalhar seus conflitos, ou seja, o grupo no sociodrama corresponde ao indivíduo no psicodrama. (Moreno, 1992). Desta forma para uma efetividade maior do sociodrama é necessário o desenvolvimento de métodos profundos de ação nos quais as *“ferramentas de trabalho são tipos representativos de determinada cultura e não indivíduos em particular”* (p.189).

A questão que se coloca muitas vezes é como , através de métodos dramáticos, podem ser trazidos à consciência as questões de ordem cultural. Moreno (1992) aponta a necessidade do desenvolvimento de métodos profundos de ação para explorar os aspectos significativos nas relações interculturais, embora reconheça também que o potencial da pesquisa dramática ainda não forneça indícios suficientes para serem avaliadas ou percebidas as possíveis mudanças de opinião e modificações de comportamento das pessoas dentro dos grupos.

Dessa forma, ao abordar a questão referente a como se estuda a formação de grupos , Moreno (1992) aponta 3 maneiras do tema ser trabalhado:

1)-Observacional e interpretativa: ao observar, por exemplo, um grupo de crianças brincando é possível fazer uma classificação exploratória da posição dos indivíduos nos grupos, os que ficam isolados, os pares, os que se posicionam ao redor de um líder, no entanto essas classificações representam julgamentos superficiais no que consiste “*a uma compreensão mais apurada na organização de grupos*”,

2)- O sociometrista como observador participante: com uma certa similaridade à estratégia de observação participante, originada dos estudos da etnografia, o sociometrista, ao invés de observar a formação de grupos a partir de fora (como na situação anterior), entra no grupo e se torna parte dele para poder registrar todo seu desenvolvimento íntimo. Dessa forma, o próprio facilitador grupal pode observar as polaridades que se formam dentro do grupo, a pressão sobre um ou outro indivíduo. É possível assim, chegar a uma classificação mais apurada dos indivíduos, possibilidade esta que dificilmente pode ser atingida através de simples observações.

3)- Métodos sociométricos diretos: Nessa proposta o investigador, ou facilitador grupal é um experimentador também, e nesse sentido, os métodos sociométricos acabam sendo uma soma das duas propostas anteriores, muito embora o procedimento sociométrico não seja um conjunto rígido de regras, ele pode ser modificado e adaptado a situações de grupo, à medida que elas aparecem.

Desta forma, o observador participante similar ao observador científico deve observar os movimentos e as associações voluntárias dos indivíduos, compreender as estruturas básicas dos grupos. Assim eram utilizados os testes sociométricos como ferramentas do pesquisador grupal que tinham como princípio determinar os sentimentos dos indivíduos uns para com os outros, possibilitando assim uma “medida social”, ou seja, poderiam mostrar os indivíduos-chave do grupo, as redes de escolhas que se formavam e se as opiniões que circulavam eram representativas dos indivíduos-chave ou ocorriam mediante a influência de elementos centrais no grupo.

Apesar da importância dos testes e procedimentos sociométricos, a introdução dos mesmos em contextos grupais também foi amplamente questionada. Embora eles possam auxiliar no reconhecimento e na compreensão básica da estrutura dos grupos, eles passaram a encontrar resistência e até mesmo hostilidade por parte das pessoas.

Nesse sentido, é importante considerar a observação que Moreno faz quando afirma que as técnicas sociométricas devem ser construídas de maneira pertinente e de acordo com a maturidade e a disposição das pessoas, que pode variar muito de momento para momento. Por isso ocorre a resistência contra os procedimentos sociométricos, causadas muitas vezes por limitações psicológicas ou até mesmo educacionais. Assim, o indivíduo tem receio de conhecer sua posição no grupo, pois conhecer essa posição, tornar-se consciente dela pode ser doloroso, além de tornar-se uma fonte de resistência para a construção do processo grupal.

Para Williams (1998), a sociometria é focalizada como uma intervenção que não apenas mensura, mas que pode afetar as visões de mundo e os relacionamentos dos membros de um grupo. Sendo assim, os procedimentos sociométricos não apenas indicam fatores, mas podem apontar a existência de pessoas no grupo que estão dispostas a ajudar na integração do grupo para que ele se torne uma unidade mais coesa. Assim, como afirma o autor: *“Se é verdade que só conhecemos as coisas pela similaridade e pela diferença, então faz sentido que a sociometria no começo de um grupo deva procurar identificar os pontos comuns: experiências e opiniões semelhantes, amizades existentes com outros membros ou experiência em grupos”* (p.170).

No trabalho com grupos torna-se inerente a construção e a análise do processo grupal para que seja possível identificar as redes sociométricas que se formam durante a atividade em questão. Para isso é importante o desenvolvimento de um modelo menos diretivo de ação e que possa considerar aspectos importantes durante o processo grupal em desenvolvimento. Assim, adotaremos o referencial proposto por Milan (1976) que considera que *“o grupo é uma totalidade articulada de unidades formadas por um ou mais indivíduos, definidas pelas suas relações com as demais, em função de um projeto determinado que se elabora na intersubjetividade”* (p.3).

Desta maneira, no grupo formam-se Unidades, a cada Unidade formada cria-se uma Posição na estrutura, e o Grupo é na verdade um sistema de Posições. O Projeto do grupo ocorre através da coexistência dos indivíduos, e o psicodramatista não deve perder essas questões de vista. O Projeto está enraizado no desejo dos indivíduos. *“O futuro do indivíduo no Grupo, a eficácia do seu desejo depende da relação entre este e o projeto*

que se elabora na intersubjetividade” (p.4). Sob esta perspectiva, durante a vivência de um Projeto, o indivíduo poderá ocupar uma posição indesejada na estrutura do grupo. Assim, o movimento do grupo torna-se uma disputa entre várias unidades.

Milan (1976) descreve 3 situações em que os projetos do grupo apontam para a existência de protagonistas diferentes e os denomina da seguinte forma:

a) “O Jogo do Esconderijo”: existe um movimento de resistência do grupo, não há protagonista. Se o grupo não deseja que exista um protagonista, ele tentará “retirar” o terapeuta, desviando para outros aspectos o rumo do grupo, tentando artifícios para gerar toda a ação que possa ocorrer no processo grupal, constituindo-se assim “o jogo do esconderijo”. Este momento do processo grupal configura-se como anterior ao Psicodrama ou Sociodrama.

b) Psicodrama: quando um membro do grupo é escolhido como protagonista, o drama do grupo se cristaliza em uma única pessoa e tematizar esse drama torna-se um Projeto aceito por todos. Nesse caso, quando o protagonista é um membro do grupo, escolhido e legitimado por todos, acontece o Psicodrama.

c) Sociodrama: Nesse contexto o grupo todo vai ao “palco”. O grupo como um todo “contrata” que todos vão participar, é o drama do grupo que se evidencia. O grupo é o protagonista, e nesse caso ocorre o Sociodrama.

No entanto embora os 3 momentos citados possam estar explicitados de forma didática, antes que qualquer um deles aconteça durante o processo grupal, ocorrem preliminarmente discussões, debates, conflitos entre os segmentos do grupo. Cada um desses segmentos que se forma, vão se constituindo em posições e estas se transformam em unidades. A formação dessas unidades pode se configurar então em uma das figuras citadas acima: ou a resistência do grupo, ou o Psicodrama ou ainda o Sociodrama.

Quando algum dos participantes ou até mesmo a equipe diretora fala algo para o grupo, esse indivíduo está expressando um “desejo”. Se esse desejo é acolhido por todos ou por segmentos do grupo, forma-se um Projeto. Esse Projeto pode ser aceito por uma parte do grupo e ser rejeitado ou contestado por outra, formam-se Unidades a favor do Projeto ou contrária a ele.

O referencial teórico proposto por Milan (1976) de certa forma é uma crítica a ideologia autoritária e voluntarista do terapeuta. A autora, dessa forma, faz uma nova proposta, uma nova compreensão. Nesse sentido, Chaui, no pós-fácio a Beth Milan (Milan, 1976) sugere que a autora pensa o psicodrama em *“um duplo registro simultâneo onde a estrutura formal invariante do grupo se desdobra num tempo de estruturação que diferencia internamente o invariante e coloca cada sessão como singularidade e como momento de um processo cujo sentido deve ser decifrado pelo próprio grupo em ação”* (p.123).

Na presente pesquisa, a leitura sociométrica de uma sessão de grupo ocorre levando em conta algumas peculiaridades e características próprias do modelo em questão, considerando que toda reunião, todo grupo, é uma seqüência de movimentos e etapas e, além disso, todo processo grupal possui uma singularidade própria que deve e precisa ser respeitada.. Tornar possível uma análise do processo grupal é de certa forma tornar visível esses movimentos do grupo e dentro de cada momento identificar as estruturas criadas, respeitando assim o surgimento dos Projetos e a configuração espontânea em que se formam as Unidades.

Nesse sentido,

“no exercício da liberdade, da dialética entre indivíduo e o Grupo é que se perfaz a História. E é nesta dialética em que está inscrito que o psicodramatista encontrará as diretrizes de sua ação. A eficácia e o acerto de suas intervenções dependerão da sua capacidade de decifrar o sentido que emerge da relação entre o desejo do indivíduo e o projeto grupal. Este será a referência permanente do psicodramatista, que se deixará guiar pelas pistas que podem orientar a sua “intuição”, na tentativa de apreender em ato o projeto que dá peso á ação do indivíduo” (Milan, 1976, p.8).

O modelo proposto por Milan (1976), a nosso ver, transforma a Sociometria em um contexto que transcende exclusivamente à fala dos participantes, trata-se de um contexto afetivo. Cabe ao psicodramatista desvendar os Projetos do grupo e identificar as posições de todos frente a estes Projetos e assim registrar as Unidades que se formam diante desse contexto.

Desta forma é importante considerar a importância do modelo apresentado enquanto um facilitador na “leitura” que o movimento grupal vai promovendo a partir da interação entre os membros do grupo. Pensando, portanto, nesse aspecto de transformar o movimento do grupo em uma leitura sociométrica diferente dos modelos positivistas explorados na literatura até então. Assim, o Grupo de Pesquisa em Sociodrama Educacional (GEPSSED) (Andrade, 2002) desenvolveu, através de estudos e projetos, um modelo de análise sociométrica que será apresentado a seguir. A sugestão é originada da proposta de Milan (1972) e ampliada e adaptada pelo GEPSSED, considerando o referencial teórico qualitativo de investigação e os pressupostos teóricos que norteiam o Sociodrama Educacional enquanto uma estratégia de pesquisa-ação.

Dessa forma, o esquema abaixo simboliza esquematicamente o movimento que o grupo pode assumir dentro desse modelo proposto.

Figura 1: Representação gráfica dos componentes de um modelo de análise sociométrica.

Assim, o processo grupal vai ocorrendo com a interação de todos os componentes acima representados. Cada participante (Indivíduo) vai assumindo uma

“intenção” nesse contexto, essa intencionalidade é manifestada na ação, na fala do sujeito e se torna o “desejo”. O “desejo”, portanto, é a intencionalidade que se manifesta à medida que a pessoa vai se posicionando no grupo.

Quando o desejo é manifesto por alguém, as pessoas no grupo assumem **posições** a respeito e, conforme a **intersubjetividade** acontece, as posições vão se manifestando (a favor, contra, ou até mesmo indiferença). Quando alguns membros assumem uma determinada posição diante do Projeto em pauta, forma-se então uma **Unidade**, que é fruto da intersubjetividade ocorrida no grupo após alguém ter expresso um desejo, uma intenção que se transformou em Projeto. Dessa forma, no Grupo, a Posição se transforma em Unidade, e o Desejo em **Projeto**. A Unidade, portanto, é a representante da Posição no plano do coletivo, enquanto a Posição constitui a expressão no plano individual, mas, somente após um Desejo ter se transformado em Projeto.

Dessa forma a intersubjetividade é fundamental para que o grupo aconteça. Os indivíduos estão no grupo, mas o grupo não acontece enquanto a intersubjetividade não se configura, enquanto as interações não ocorrem. A partir desse momento é que os Projetos são gerados, as Unidades formadas, e a **Estrutura** do grupo então se constitui, ou seja, o Projeto e a Unidade são os elementos centrais da Estrutura do grupo. O facilitador grupal, portanto, deve estar atento a esses movimentos do grupo para que possa atuar de forma a permitir a autonomia do processo grupal, ou seja, que o grupo consiga ser auto-gestivo.

Dessa forma, o diagrama a seguir representa um modelo elaborado pelo GEPSSED, a partir dos conceitos teóricos apresentados. Este modelo foi utilizado no presente estudo como um direcionamento para a análise sociométrica que se obteve das reuniões do grupo reflexivo. O esquema apresentado na Figura 2 contextualiza a forma como as transcrições das reuniões foram analisadas, o caminho teórico metodológico seguido.

Figura 2: Representação esquemática referente a um modelo de análise sociométrica.

Através do esquema apresentado é possível desenvolver uma análise do processo grupal levando em conta as estruturas principais do grupo identificadas através dos Projetos e Unidades formadas. Dessa maneira, quando não existe protagonista o facilitador grupal pode identificar o “Jogo do esconderijo”, ninguém adere ao Projeto; quando o protagonista é apenas um membro do grupo, identifica-se uma Estrutura Psicodramática, ou ainda quando todo o grupo é o protagonista temos a Sociodramática.

No entanto, é importante salientar que nessa perspectiva aqui apresentada o diretor nunca é o protagonista, pois se essa forma de condução grupal prevalecer ocorrerá o voluntarismo, o diretivismo, antíteses do grupo sociopsicodramático. Dessa forma, toda a condução do grupo pela equipe diretora e posterior análise do processo grupal deve levar em conta a sociometria grupal no sentido de perceber e identificar como o grupo vai se diferenciando a partir do momento que o Diretor abre a reunião.

Assim, inicialmente, quando é feita a Abertura da reunião e são utilizados os jogos dramáticos para o aquecimento, a intenção é conduzir o grupo para uma integração entre os membros, no entanto essa atividade ainda não é um Projeto, é uma estratégia, é uma proposta de atividade, mas não um Projeto, no sentido acima especificado. Na perspectiva do modelo teórico adotado, as atividades de aquecimento ocupam um papel importante na viabilização do processo grupal.

Dessa forma, apresentaremos a seguir, através dos diagramas de 1 a 9, as análises sociométricas desenvolvidas através das reuniões do grupo reflexivo segundo o modelo teórico apresentado.

Figura 3: Análise sociométrica do grupo reflexivo – 1ª reunião

Figura 4: Análise sociométrica grupo reflexivo – 2ª reunião

Figura 5: Análise sociométrica do grupo reflexivo- 3ª Reunião

Figura 6: Análise sociométrica do grupo reflexivo-4ª reunião

UNIDADE 3

1) Integrantes: A1+ A2+ A3+ A4

2) Posição: Adesão manifesta

3) Formas de manifestação:

- Os alunos do 4º ano sentem agora a necessidade de buscarem “outros saberes” fora da medicina
- No 3º ano a dedicação à faculdade era intensa, agora os finais de semana são mais esperados e também aumenta a necessidade de conviver e falar com outras pessoas fora da faculdade
- Os alunos sentem que outros grupos os rotulam como “muito chatos” pois só falam em medicina.

FECHAMENTO

- O Diretor sugere a finalização da reunião, e faz uma síntese dos projetos gerados na mesma:
- A importância do compartilhar sentimentos vividos em anos diferentes da formação médica.
 - A reflexão em 1ª pessoa e depois no contexto grupal, a importância desse exercício
 - O “peso” as vezes de ser estudante de medicina
 - O entrar em contato com as contradições e antagonismos da trajetória acadêmica (modos diferentes de pensar identificados nos projetos surgidos na reunião) e ao mesmo tempo ocorrer a evolução na construção do “nós” no contexto grupal.

Figura 7: Análise sociométrica do grupo reflexivo -5ª Reunião

UNIDADES FORMADAS

UNIDADE 1

1-Integrantes: A equipe diretora

UNIDADE 2

1)Integrantes: A5+ A2+ A3+ A8+ A4+ A1+ A6+ A9

2)Posição: Adesão manifesta

3)Formas de manifestação: serão descritas aqui as razões para a associação dos símbolos:

(A2-A5): poligamia:

- o médico casa com seu paciente, e existem vários casamentos, você faz uma aliança com o paciente na saúde, na doença, na tristeza, na pobreza e vive tudo isso até que a morte os separe
 - é ao médico que os problemas mais íntimos as vezes são levados
- torna-se um relacionamento íntimo, um relacionamento de apoio, em que o paciente se foi bem acolhido, volta a procurar o médico mesmo por questões fora da especialidade do mesmo.

(A3-A8): chocolate e atletismo:

- a medicina é como um atletismo, que cansa muito, libera endorfinas, você quer voltar sempre para aquilo, é algo puxado mas não cansa e dá prazer
- ser médica é como gostar de chocolate, não dá para viver muito tempo sem isso, é como se fosse um vício, ficar sem isso, provoca sofrimento.

(A1-A4): condor e camaleão:

- o condor voa alto e enxerga mais do que qualquer outro animal, pode prever uma tempestade antes dos outros, e isso pode ser associado a capacidade do médico de prever as coisas, de passar confiança para o paciente.
- o médico tem que se adaptar a vários tipos de situações, dançar conforme a música, cada paciente é uma pessoa diferente e o profissional tem que saber se adequar a ela, tem que saber se adequar como um camaleão.

(A6-A9): VAN e carro conversível:

- o que fica é a relação médico –paciente, uma relação que pode ser “conversível”, aconchegante, envolvente
- o médico acaba sendo aquele que traz e dá segurança, como se fosse uma VAN, um carro que pode levar as pessoas com segurança.

PROPOSTA DO DIRETOR

O Diretor agradece a participação de A2, que sai após a atividade de aquecimento pois já havia avisado sobre essa questão, mas antes disso o diretor acolhe bem o grupo e os parabeniza pela criatividade surgida durante a atividade. Em seguida resgata os objetivos da atividade de aquecimento, mostrando a importância da atividade enquanto um instrumento facilitador para o “entrar em contato consigo mesmo”, para o favorecimento da reflexão (primeiro em 3ª pessoa, falando sobre o pensamento do colega, através do trabalho das duplas). O diretor propõe agora que o grupo fale a respeito dos seus sentimentos frente as questões que foram abordadas.

FECHAMENTO

O diretor sugere o final da reunião, mas aponta as idéias centrais originadas dos projetos gerados na mesma.

-A intersubjetividade do grupo que vem ocorrendo, a evolução da reflexão em 1ª pessoa e depois no grupo e a importância disso frente a questão de quebrar rótulos, e de perceber que é possível aprender com a experiência do outro

-A importância de se refletir sobre esse ser médico internalizado em cada um, o parar para pensar na construção da identidade profissional e sair muitas vezes do discurso, externalizar os sentimentos.

Figura 8- Análise sociométrica do grupo reflexivo - 6ª reunião

PROJETO 4

Aderir a proposta do diretor e falar dos sentimentos frente ao desenvolvimento da atividade desenvolvida nos sub grupos (unidades 2, 3 e 4) e do significado da palavra símbolo atribuído ao mundo perfeito do médico.

UNIDADES FORMADAS

UNIDADE 1

1) Integrantes: A1+ A2+ A3

2) Posição: Adesão manifesta

3) Formas de manifestação em 1ª pessoa:

A1 e A3 fazem comentários contraditórios a posição de A2 em relação a definição do mundo ideal do médico, sem que esse fato entretanto interferisse na adesão de todos ao Projeto, que seria falar dos seus sentimentos.

A1 (SAÚDE): no mundo ideal imaginado existiam pacientes com patologias, mas a patologia não significava necessariamente uma doença, um impedimento de vida, e o médico valorizava sempre o aspecto biopsicossocial do doente.

A3: (PERFEITOLÂNDIA): o mundo ideal de médico pensado seria aquele em que os pacientes colaborassem, que o sistema de saúde vigente nesse mundo perfeito teria todas as condições básicas necessárias para suprir as necessidades da comunidade.

A2: (REPRESSÃO): no início a sensação nesse mundo foi boa, depois veio o sentimento de que parecia tudo uma “fachada”, tinha doentes, e se tinha doentes já não era um mundo ideal, tinha médico, tinha doença mas não tinha sofrimento, a imagem de mundo perfeito foi caindo, foi se desmantelando, as pessoas não tinham direito a dor, nem a sofrimento nem a nada, ninguém podia sofrer, por isso o nome repressão, o fato de que talvez tenha algo muito “podre” por detrás dessa ‘fachada’ de mundo perfeito. (A2 fez associação ao filme “Admirável mundo novo”)

UNIDADE 2

1) Integrantes: A4+ A7

2) Posição: Adesão manifesta

Formas de manifestação em 1ª pessoa:

A4: (SIMPLICIDADE): nesse mundo imaginado a simplicidade se referia ao local, a uma cidade simples, a um hospital que parecia um hotel, e que era para todas as pessoas, ricas e pobres, não tinha filas de espera, os pacientes e os médicos possuíam uma relação boa, além da profissional, todos se conheciam.

A7: (ORGANIZAÇÃO): no mundo ideal do médico, o hospital era perfeito, havia muita organização, não faltava material, não faltava dinheiro, mesmo existindo doentes, todos faziam tudo direito.

UNIDADE 4

1) Integrantes: A6+ A3+ A1+ A4

2) Posição: Adesão manifesta

3) Formas de manifestação:

- Inicialmente a unidade lida com o Projeto tentando mostrar que lidar com a morte depende da crença que se tem sobre ela, a maioria das pessoas têm uma visão ruim da morte.
- A2 fala a respeito de que a escolha em ser médico, está relacionada ao desejo de lutar contra a morte, a unidade então se posiciona no sentido de que falta talvez uma conscientização dos médicos frente a essa questão, ou seja, o médico não vai combater a morte, ela pode ser retardada, mas nunca combatida.
- as crenças individuais sobre a questão da morte ajudam a amenizar esse conflito, reconhecer que há limites na atuação médica, mesmo admitindo que esse pensamento possa ser um mecanismo de defesa.
- A dificuldade que é lidar com a finitude das coisas, e a necessidade das pessoas serem respeitadas em seus limites sobre suas crenças.

FECHAMENTO

A equipe diretora propõe o final da reunião, acolhendo a participação de todo o grupo e sintetizando as principais reflexões surgidas nos projetos:

- As controvérsias que surgiram no grupo, a importância das mesmas e o quanto o grupo pôde refletir sobre elas.
- as dificuldades em lidar com o mundo ideal e o real do médico
- A entrada na faculdade de medicina está carregada de muito idealismo e a medida que o curso evolui vai ocorrendo o contato com a realidade do papel de médico e com a impotência diante de muita coisa, provocando frustrações durante o desenvolvimento desse papel.
- a necessidade que o grupo de alunos têm de refletir sobre esse papel e o quanto ele pode ser “pesado” as vezes.

Figura 9: Análise sociométrica grupo reflexivo - 7ª reunião

UNIDADES FORMADAS **UNIDADE 1**

1) Integrantes: a equipe diretora conduz a atividade.

UNIDADE 2

1) Integrantes: A9+ A2+ A1+ A10

2) Posição: Adesão manifesta

3) Formas de manifestação:

- Cada aluno encontra uma forma diferente de lidar com suas frustrações, uns fazem piadas, outros sublimam, mas o importante e bonito no processo é o aprendizado desse “ser médico”.
- O “ser médico mirim” vivenciado mais a partir do 3º ano ajuda o aluno a cultivar melhor a identidade médica e a aprender a lidar com as frustrações da profissão, podendo ainda auxiliar no desenvolvimento de uma visão mais humanista do médico.
- À medida que os alunos vão evoluindo no curso médico, vão percebendo que, o médico pode até não curar o paciente, mas pode promover alívio da sua dor ou de sua doença.

FECHAMENTO

A equipe diretora propõe o final da reunião que é aceito por todos. O diretor sintetiza as principais reflexões ocorridas no grupo, mostrando a importância da externalização dos sentimentos que foram colocados ali e também da possibilidade do papel de aluno estar sendo refletido em conjunto, com representantes de diferentes momentos da formação médica.

Figura 10: Análise sociométrica grupo reflexivo - 8ª reunião

CENA 21) Integrantes**A1:** tia gorda da caloura quer tem diabetes e hipertensão**A3:** mãe da caloura**A7:** caloura**A6:** melhor amiga da mãe da caloura**A9:** filha da melhor amiga da mãe da caloura2) Desenvolvimento da cena

Após a caloura e a mãe terem saído da loja, vão para casa e quando chegam lá estava a “tia gorda”. Ela cumprimenta a “sobrinha” que a recebe calorosamente, e em seguida começa a “reclamar”, fazendo queixas sobre sua pressão alta e o diabetes. Vai perguntando as coisas para a “sobrinha” mas mal deixa ela responder. Diz que não entende porque está sempre “descompensada” do diabetes, pois quase não come nada. Pergunta a “sobrinha” o que ela acha do valor de sua glicemia. A tia continua se queixando, quando elas recebem simultaneamente outra visita; a melhor amiga da mãe com sua filha. A melhor amiga da mãe então cumprimenta a caloura por ter passado no vestibular, e começa a falar de sua filha, que faz cursinho há 4 anos e que também quer medicina. Começa então a “aconselhar” a filha, que ela precisa estudar muito, igual a caloura. A cena vai se desenvolvendo até que a caloura resolve sair para “passear” com seu cachorro, e chama a filha da amiga da mãe para ir junto, muito estimulada por sinal pela mãe dessa última.

CENA 31) Integrantes**A7:** caloura**A5:** veterana que é da mesma cidade**A4:** amiga dedo duro (amiga de infância da caloura)**A9:** filha da melhor amiga da mãe da caloura2) Desenvolvimento da cena

A cena acontece da seguinte forma: a caloura vai com a filha da amiga de sua mãe passear com o seu cachorro. Na rua encontra sua amiga de infância e começam a conversar. Nessa ocasião aparece a “veterana”. Ela chega perto do grupo e se volta para a caloura, dizendo que parece conhecê-la de algum lugar. Continuam a conversar e a “veterana” pergunta se A7 por acaso não estuda em Ribeirão Preto. A7 confirma que sim e diz ter passado na Faculdade de Medicina da USP. A “veterana” então ao saber que A7 é caloura de medicina pergunta a ela onde está sua “boina”! A veterana fica indignada que a caloura não está usando a “boina”. A veterana pergunta para a amiga da caloura se nunca viu ela de “boina” e a amiga diz que não. A veterana então começa a fazer um discurso imenso sobre o uso da “boina”, alegando ser um absurdo que a caloura não está usando. Fala para as amigas da caloura que a Faculdade de medicina em que entraram é a melhor do país e que é um privilégio estar nela e usar boina.

PROPOSTA DO DIRETOR

O diretor elogia o grupo, a sua criatividade e sugere que encerrem as cenas para que possam comentar a respeito da experiência e sugere que todos falem em 1ª pessoa sobre o que sentiram, mas dentro do papel que assumiram.

A7: A aluna que vivenciou a caloura sugere ao grupo que todos devem imaginar como ela se sente. Revela um sentimento de completa confusão, de estar acabando de entrar na faculdade e ter uma porção de coisas acontecendo, a solicitação de familiares, a veterana cobrando o uso da “boina”, a tia querendo saber se a taxa de glicemia dela estava normal e a caloura afirma que não sabe ainda reconhecer qual é taxa normal quem dirá a anormal. Revela portanto um sentimento de transtorno e confusão que o calouro fica nesse momento.

A9: Como uma estudante de cursinho que também pensava em fazer medicina, o sentimento foi de muita humilhação diante do fato de que a mãe a apresenta para alguém que acabou de passar no vestibular para medicina. Além disso a atitude de sua “mãe” querendo que a filha fosse igual a caloura, que estudasse como ela, que fizesse as mesmas coisas que ela, passa um sentimento ruim como se ela tivesse que negar o seu próprio jeito de ser para assumir um outro.

A5: Como veterano você passa a sentir orgulho da faculdade em que você está, passa a sentir que é o melhor lugar do mundo e aí vem a preocupação de que isso se perpetue junto aos calouros, junto as novas gerações. Nesse sentido ocorre toda uma “disciplinação” com os calouros para que eles possam valorizar a cultura da instituição, seus costumes, suas tradições

A3: Como a mãe da caloura de medicina o sentimento é de orgulho, para todas as pessoas com quem ela podia falar ela dizia que ia perguntar para a filha, era uma necessidade e uma vontade de mostrar e contar para os outros

A4: A amiga da caloura sente por ela uma mistura de sentimentos contraditórios, pois ao mesmo tempo que tem orgulho da amiga sente também um pouco de inveja.

Figura 11: Análise sociométrica grupo reflexivo - 9ª reunião

B)-Considerações gerais sobre a análise sociométrica do grupo reflexivo sociodramático

O modelo por nós proposto para a análise do processo grupal se baseou na observação dos movimentos do grupo em relação as suas estruturas principais que o compuseram, ou seja, os Projetos, Unidades e Posições formadas após a Abertura das reuniões. Descreveremos aqui algumas considerações gerais sobre a leitura que fizemos do movimento grupal. Conforme preconiza o modelo adotado, o diretor na condução do grupo busca identificar, sobretudo, quais são os Projetos que vão sendo construídos e quais são as unidades que vão se formando em torno dos projetos. Dentro dessas Unidades, portanto, vão se formando posições, que vão se reconfigurando ao longo da reunião.

Podemos destacar que em todas as reuniões o esquema adotado na práxis do trabalho grupal consistia na seguinte sequência:

1º momento: inicialmente o diretor realizava a Abertura, onde situava os participantes no contexto da reunião, falava dos objetivos iniciais, ou então retomava alguns pontos de reunião anterior.

2º momento: era proposta uma atividade de aquecimento, em geral, algum jogo dramático e, se os participantes aderissem à proposta, isto era considerado como o Projeto do grupo naquela ocasião;

3º momento: a partir desse momento começavam a se configurar os Projetos e, a partir destes, as unidades, a partir das quais iam surgindo posições de cada uma delas em relação ao projeto em curso. Os Projetos se sucediam uns aos outros durante o transcorrer da reunião.

4º momento: refere-se à finalização da reunião, ao fechamento, quando a equipe diretora fazia uma síntese dos principais projetos ocorridos no grupo.

Os alunos que participaram da atividade reflexiva formaram um grupo relativamente heterogêneo, do 2º, 3º e 4º ano de Medicina e nesse aspecto era necessário que as primeiras reuniões pudessem favorecer a integração entre os membros do grupo.

Dessa forma, podemos observar que na **1ª reunião** estabeleceu-se com o grupo um “contrato” sobre o quê seria a atividade e em que consistiria o processo reflexivo. Os objetivos do trabalho puderam, nessa ocasião, serem re-apresentados, já que os mesmos tinham sido anunciados nos grupos focais. Assim, já na fase do Aquecimento, o grupo adere ao Projeto da equipe diretora participando da atividade proposta. Após a atividade desenvolvida foram identificados alguns projetos. A primeira proposta surgiu de A1, quando o mesmo começa a citar a questão dos rótulos que são atribuídos aos colegas dentro da faculdade. Na seqüência da fala de A1, a maioria dos alunos começa a falar a respeito do tema, formando-se então uma Unidade, onde os alunos manifestam suas opiniões frente à questão proposta por A1. Daí é que os Projetos vão sendo identificados pelo diretor. Assim, as reuniões iniciais tiveram como propósito a construção de um contexto relacional grupal positivo.

O grupo no 1º encontro concentrou-se mais nas questões relacionadas aos rótulos, “aquecidos” pela atividade sugerida de falarem sobre suas qualidades e manias. Os rótulos acabaram se tornando no tema que emergiu e que permitiu o desenvolvimento e a formação de Unidades.

Foi possível perceber que, enquanto estudantes de medicina, eles identificam no contexto acadêmico a formação de vários tipos de rótulos, por exemplo, os “bons e maus” alunos, os rótulos “grupais”, e as conseqüências ruins desse tipo de manifestação nas relações interpessoais.

A **2ª reunião** foi apresentada outra proposta de aquecimento, recebendo a adesão do grupo. Nessa ocasião, é importante registrar que o grupo não se manifestava ainda com uma sociometria bem definida. Nesse sentido, conforme indica o diagrama da 2ª reunião, após a atividade de aquecimento, o diretor sugere que o grupo identifique entre eles pontos em comum. O silêncio do grupo que se faz após a proposta, indica que o grupo está vivenciando “O jogo do esconderijo”, ou seja, não há adesão ao Projeto, o grupo “resolve” não falar sobre o tema, manifestando esse desejo através de uma oposição silenciosa. Na proposta de Milan (1977), esse é um momento que precisa ser

respeitado no grupo. O diretor então acolhe o grupo, apontando as dificuldades iniciais da interação grupal.

Nesse sentido, o diretor procura então retomar o Projeto da reunião anterior sobre a questão dos rótulos e preconceitos vividos na Faculdade de Medicina. Desse momento em diante vão se constituindo novos Projetos e as Unidades vão se formando a favor destes Projetos. Parece existir entre os alunos uma necessidade de falar a respeito do quanto os rótulos, a visão estereotipada dos grupos, atrapalha a formação das relações interpessoais positivas.

Assim, o grupo começa a formar as unidades sociométricas em favor dos Projetos que se centralizam, sobretudo, no aspecto das relações interpessoais no curso médico. Dessa forma, as Unidades que se manifestam a favor do Projeto, evidenciam a questão da competição no curso médico e a relação de “dependência” existente entre calouros e veteranos. Ao fazer ao grupo a proposta de falarem sobre os seus sentimentos, frente a formação de “painéis”, há uma subdivisão das Unidades.

Alguns alunos avaliam como positivo o aprendizado que ocorre entre os colegas de anos diferentes, com os professores, com os residentes, reconhecendo esse processo como um sistema de aprendizado adequado e que facilita a construção da identidade médica. Por outro lado, outra Unidade formada em relação ao mesmo Projeto reconhece os aspectos negativos nessa questão, como, por exemplo, a formação do corporativismo médico, o isolamento do profissional e o quanto isso mobiliza sentimentos que colocam o médico em um “pedestal”.

Na sequência dos Projetos, o grupo adere a posições a favor de se falar sobre as questões que envolvem o curso médico e sua trajetória. E então as unidades formadas a favor do Projeto evidenciam os conflitos existentes nos primeiros anos da formação médica e o quanto existe a interferência das questões apontadas anteriormente frente aos rótulos. Parece existir, na percepção dos alunos, uma necessidade de “ter que pensar igual” no início da formação médica, promovendo com isso uma grande homogeneidade na população de estudantes de medicina. As reflexões giram em torno das consequências que esses sentimentos podem gerar para a futura prática médica. Pois o desdobramento

disso pode ser um distanciamento futuro na relação com o paciente, e o “enraizar” de uma postura de que o médico é o único detentor do saber.

Ao falar sobre a formação de “painéis” no curso médico, surge outro Projeto que relaciona a medicina com os outros cursos, sendo que a Unidade formada adere ao Projeto e se manifesta favoravelmente ao tema, levantando questões sobre o quanto a permanência “intensa” do aluno dentro da faculdade favorece uma maior vivência dentro da Instituição. Além disso, foi apontado que o tipo de corporativismo que vivem pode dar ao grupo e promover no mesmo uma certa segurança. Nesse aspecto, alguns temas de Projetos anteriores são retomados, quando os alunos, em relação a essa segurança, alegam que ao dependerem de alunos veteranos, de certa forma, da aprendizagem de algumas atividades de anos avançado, isso gera no grupo a necessidade de serem mais ligados, em outras palavras, se eu vou depender um dia do meu veterano, tenho que me “submeter” a essa relação da maneira mais intensa possível.

Na sequência dos Projetos surgem temas e as unidades que aderem trazem a questão dessa “dependência” dos calouros de 1º ano com os veteranos e, nesse aspecto, destacam que essa “dependência” é uma característica que ocorre mais intensamente na Medicina do que em outros cursos. Ao mesmo tempo, o grupo destaca que o aluno de medicina será sempre “calouro” em alguma etapa da formação médica, no ciclo básico, no clínico ou no internato, e que sempre dependerão dos veteranos e de residentes médicos para os auxiliarem nas atividades de aprendizagem prática.

Na **3ª reunião**, a equipe diretora ainda mantém o objetivo de trabalhar com o grupo as questões que os mesmos estão levantando sobre os rótulos, os preconceitos e algumas das dificuldades de relacionamento interpessoal vivenciadas durante o curso. Em função disso, é proposto ao grupo uma atividade de aquecimento que têm a intenção de trabalhar a questão dos rótulos, ou seja, como é se sentir “rotulado”.

A dinâmica evidenciou o quanto os alunos puderam refletir sobre seus sentimentos diante da perspectiva de estarem sendo rotulados e as consequências ruins que isso tem nas relações no geral, principalmente quando eles percebem que estão sendo rotulados. Em outro Projeto, quando é colocado a questões dos sentimentos dos

estudantes no curso médico frente aos rótulos e estereótipos que lhe são atribuídas, as vezes, é apontado dentro de uma Unidade que aderiu a essa Projeto o tanto que os rótulos grupais vividos nas situações de formação acadêmica impedem muitas vezes a espontaneidade nas relação interpessoais ou até mesmo dificulta que os alunos possam se posicionar diante de outros que são os “mais sabidos”, ao mais “inteligentes”.

Ainda em relação aos rótulos grupais, os alunos do ciclo básico são apontados como aqueles que têm que estudar demais e, nesse sentido, “tirar notas baixas” nessa ocasião, desestimulando os calouros frente a questão do estudar. Além disso, nesse momento da formação é apontada a dicotomia existente entre o “ter que estudar demais” e também poder cuidar do lazer, parte essencial na vida do estudante.

Após essas reflexões, na sequência dos Projetos, o grupo adere à questão dos alunos do 4º ano falarem sobre as suas representações e percepções do ciclo básico. Apesar de considerarem como difícil o processo de administração entre conciliar os estudos e ao mesmo tempo viverem atividades de lazer, os alunos “sugerem” aos mais novos a importância do ciclo básico e a necessidade que o calouro tem de aprender a administrar melhor seu tempo, para que esse aprendizado possa ocorrer de uma maneira mais positiva. Ao mesmo tempo em que os alunos do 4º ano fazem suas “sugestões”, eles também refletem sobre como foi seu momento no ciclo básico, e um dos Projetos surgidos diz respeito ao quanto é importante compartilhar esses sentimentos com os “mais novos” no curso.

A esse aspecto, os alunos que já estão no 4º ano compõem uma unidade a favor do Projeto e dividem com os colegas as suas percepções frente ao ciclo básico e clínico, as diferenças na realidade acadêmica de ambas as fases. Nesse contexto, o diretor sugere que se fale a respeito do grupo reflexivo e o quanto ele pode colaborar nessa reflexão sobre a formação dos rótulos. Da adesão a esse Projeto surgem manifestações verbais sobre o próprio aluno de medicina, que acaba contribuindo de certa forma para a manutenção dos rótulos que às vezes lhe são atribuídos. Nesse sentido, um dos rótulos apontados é que o aluno de medicina já vem rotulado como o “bom aluno”, sua história pregressa escolar na maioria das vezes é de muito sucesso acadêmico. A partir do momento que entram na Faculdade todos se tornam “iguais” em relação ao aspecto

cognitivo. De certa forma, essa questão e outras são evidenciadas pelo grupo como inconvenientes na construção positiva das relações interpessoais, pois, o ano da graduação em que o aluno se encontra já é considerado um rótulo. Os alunos mais novos, em situações de aprendizado com alunos de anos mais adiantados, reforçam o sentimento de que ainda têm muito a aprender e às vezes assumir que é calouro acaba sendo uma forma de se “proteger” frente à questão de que “sendo calouro posso cometer erros”.

A partir da **4ª reunião** foi iniciado um processo reflexivo mais voltado à vida acadêmica como um todo e, nesse sentido, a atividade de aquecimento proposta girou em torno de um aquecimento que possibilitou ao grupo entrar em contato com “cenas” do filme de sua vida acadêmica. Nesse aspecto, o grupo foi orientado quanto a dinâmica escolhida e ao final dela era pedido que todos escrevessem frases rótulos que pudessem representar sentimentos vividos em algum momento de sua formação acadêmica.

Essa atividade promoveu uma reflexão dos alunos frente a algumas particularidades que os estudantes de medicina vivenciam ao longo de sua trajetória acadêmica. Falar desses sentimentos acabou sendo um Projeto aceito por todos do grupo originando uma Unidade que se manifestou principalmente frente aos aspectos positivos e negativos dessa trajetória. Quanto a visão positiva, o grupo destaca que a partir do 2º ano vão se constituindo entre eles grupos mais sólidos e a medida que o curso vai evoluindo, vai saindo daquela conotação de “só estudar” para um outro nível, que é o de participar das Ligas, das atividades extracurriculares. No 4º ano a noção da “responsabilidade de ser médico” começa a surgir, no acompanhamento de casos clínicos, de atividades práticas no hospital e as responsabilidades vão aumentando.

No entanto, ao considerarem os aspectos negativos que permeiam toda essa vivência, os alunos destacam os sentimentos ruins sobre o que é ser aluno de 1º ano, pois o contexto desse momento da formação é muito representado por um excesso de aprendizado, por muitas mudanças e por uma “autonomia recém conquistada”. É destacado o sentimento de “frustração” com o curso e, de certa forma, parece que a

passagem pelo ciclo básico “amortece” a idealização que os alunos tinham sobre o “ser médico”.

Nesse momento do grupo percebe-se uma sintonia na sociometria grupal, pois as unidades formadas e que se manifestam a respeito compartilham seu sentimentos frente a trajetória do curso e o quanto que, durante esses períodos o aluno se vê no meio de uma série de contradições e controvérsias frente aos seu sentimentos pela futura profissão. Apesar de reconhecerem que essas contradições façam parte do contexto acadêmico e de toda a vivência deles, reconhecem que às vezes as conseqüências disso enveredam para uma necessidade de conhecerem e conviverem também em outros contextos. As conseqüências ruins apontadas pelos alunos se relacionam com o fato também de que, apesar de viverem intensamente as atividades da faculdade, isso de certa forma os coloca “por fora” do mundo, pois o curso exige uma dedicação grande e o aluno acaba permanecendo nesse espaço acadêmico a maior parte do seu tempo.

Também aqui, um dos Projetos que emergem do desejo dos participantes do grupo é sobre a questão da ação da Faculdade no contexto de vida do estudante. Assim, essa visão “bitolada” de só falar em Medicina os afasta de outros contextos, provocando às vezes a sensação de “estranhamento!” Ao mesmo tempo, o aluno se sente em posição contraditória consigo mesmo quando tem a sensação de que “não tem nada para fazer”. Parece existir uma sensação “estranha”, pois é difícil entrar em contato com a perspectiva de “não se sentir estressado”. Os alunos do 4º ano compartilham com os mais novos o quanto sentem necessidade nesse momento no curso de buscarem outras atividades fora da faculdade, outros “saberes”, e compartilham com o grupo o quanto em situações em que se envolvem fora da medicina são considerados como “muito chatos”, por só falarem em medicina.

Na **5ª reunião**, o contexto que a originou continuou sendo derivado das questões relacionadas ao curso médico e dos Projetos das reuniões anteriores. Assim, nesse momento o grupo foi convidado a desenvolver uma atividade de aquecimento que seria a de associar o que era para cada um o “ser médico” a um símbolo. Os Projetos surgidos subseqüentes a essa questão se relacionam a como o grupo percebe esse “ser médico”

internalizado em cada um. Fica evidenciado na reflexão que se segue que esses sentimentos sobre o “ser médico” vão se modificando e amadurecendo durante os diferentes anos da graduação. Nos primeiros anos “o ser médico” é repleto de uma representação que está associada a muito estudo, a muito cansaço, a muita pesquisa. A visão de médico nesse momento da formação é tida como uma decepção, pois é como se estivessem vivendo em um contexto muito fora da realidade idealizada deles frente a Medicina. As matérias que estudam aparentemente não têm nada a ver com a prática médica, apenas no 2º ano, quando iniciam algumas disciplinas que começam a abordar a questão da doença, é que conseguem sentir certa proximidade com a profissão. Depois, a partir do 3º e 4º ano, esse direcionamento vai sendo levado para o contato com o paciente. Na sequência da atividade surge um Projeto que indica a necessidade no grupo de falarem sobre os seus sentimentos a respeito do “ser médico” em relação aos diferentes anos do grupo. Os alunos aderem ao Projeto formando uma unidade que se posiciona favoravelmente a questão do quanto é importante os alunos mais novos ouvirem as experiências e sentimentos dos mais velhos, e fica evidenciado que nessa “troca”, nesse “compartilhar”, desenvolve-se uma visão mais realista do curso, da evolução do mesmo e da própria profissão.

O grupo reconhece que a atividade de aquecimento sobre o “ser médico” indicou pontos de vista diferentes entre eles frente ao idealizado e imaginado do médico, no entanto, eles percebem que, apesar de tudo isso ser representado por cada um de uma forma diferente, existem aspectos comuns entre os membros do grupo. Consideramos aqui o quanto o grupo evoluiu frente a representação inicial, quando nas primeiras reuniões não era ainda possível identificar pontos comuns entre eles.

Embora até aqui não tenha existido grande diversidade sociométrica, ou seja, a formação de diferentes unidades frente ao mesmo Projeto, percebe-se que o grupo está mais coeso em função talvez dos temas que estão sendo trazidos por eles mesmos. De certa forma, uma das leituras desse modelo de análise sociométrica é perceber o quanto o grupo está conseguindo ser autogestivo. O diretor aqui se vê em uma posição de facilitador desse processo. Ele inicialmente dirige o grupo em toda atividade de Abertura, sugerindo as atividades de aquecimento, para que o processo grupal possa

acontecer de maneira mais ágil, mas a partir daí o grupo é quem decide se aceita ou não aderir aos Projetos. O diretor nessa fase auxilia o grupo na reflexão em 1ª pessoa, dentro do contexto grupal, destacando a importância que essa pode ter no auxílio à quebra de conceitos estereotipados, rotulados entre eles.

O grupo já está iniciando o processo reflexivo, na medida em que se propõe a discutir temas relacionados ao seu contexto acadêmico. Mas, essa reflexão permanece apenas no plano verbal e abordando a realidade tal como ela se dá no cotidiano. Este fato em geral, inibe o processo reflexivo na medida em que aprisiona a reflexão nos valores que a realidade impõe. No contexto teórico do Psicodrama, especialmente do Psicodrama Pedagógico, proposto por Romana (1987, 1992, 1996, 1999), recorre-se ao plano da fantasia como uma forma de liberar a reflexão dos participantes. Daí, termos optado por sugerir ao grupo na 6ª reunião uma atividade na qual eles trabalhariam exclusivamente no plano da fantasia. Esperávamos também que esta reflexão no plano da fantasia pudesse “aquecê-los” para, em seguida, completarmos *o role playing* ou a dramatização do papel de aluno do curso médico, que era a nossa meta maior neste processo reflexivo, o que de fato ocorreu, conforme descreveremos nas reuniões subsequentes.

Na **6ª reunião** portanto, foi sugerido aos alunos entrarem no plano da fantasia e trazerem para a reflexão em 1ª pessoa os temas originados dessa vivência. Dessa forma, foi sugerida como atividade de aquecimento, uma fantasia que se resumia a uma viagem a um planeta perfeito para o médico, conforme descrito na Análise sociométrica da 6ª reunião. Nesta atividade, o grupo trabalhou inicialmente em sub grupos que depois se transformaram em unidades. Conforme especificado no diagrama da 6ª reunião, a maioria dos alunos identificou coisas positivas nesse mundo perfeito do médico, como, por exemplo, que nesse mundo havia doenças, mas estas não eram impeditivas de vida e que o médico desse mundo ideal valorizava o aspecto biopsicossocial do paciente. No entanto, um dos alunos levantou nesse momento uma questão que se referia a como ele via esse mundo ideal. Na sua fantasia inicialmente ele identificava coisas boas, mas

depois ele podia perceber que devia ter por trás daquilo tudo algo muito ruim, tanto é que chamou esse mundo de “Repressão”.

No contexto grupal, entretanto, apesar de A2 ter feito um posicionamento diferente no grupo, as posições favoráveis ao Projeto se mantiveram, ou seja, falar dos sentimentos que vivenciaram (bons ou ruins) durante a fantasia. Todos aderiram ao Projeto de falarem sobre a opinião divergente do colega e nesse sentido as Unidades que se formaram discutiram o que isso representava, ou seja, a repressão é uma forma de perceber as contradições do mundo médico, em outras palavras, ele pode ser um mundo perfeito, cheio de muita coisa boa, mas também tem um lado impotente, um lado que reprime e que deprime também.

De certa forma, nessa reunião formaram-se 11 Projetos. Em uma das unidades formadas, caracteriza-se a oposição manifesta a A2. Nessa unidade a manifestação contra a opinião de A2 se revela no sentido de que sua visão “pessimista” desse mundo ideal os impede de “sonhar” com um mundo melhor. Apesar de A2 tentar explicar seus sentimentos frente a tudo isso, há um movimento da Unidade que se manifesta em oposição a A2, de querer pará-lo quando ele fala no mundo real. O diretor intervém nessa ocasião tentando mostrar ao grupo a leitura sociométrica que está ocorrendo, ou seja, o grupo como um todo permaneceu na fantasia, as unidades formadas giraram em torno da fantasia do mundo ideal do médico. No entanto, à medida que os fatos reais e concretos do mundo médico eram trazidos por A2, o grupo de certa forma criava unidades de oposição em relação a esse tema, pois se sentiam possivelmente “ameaçados” diante da visão que estavam construindo de um mundo mais “esperançoso” que era o ideal de todos, mas que A2 os trazia para o concreto e real indicando o quanto a Medicina está carregada desse idealismo.

A posição sociométrica ocupada por de A2 nesse momento vai permitindo ao grupo que se formem unidades em oposição a ele. Assim, em um determinado momento quando A2 sugere falar da impotência do trabalho médico, o grupo reage com o “Jogo do esconderijo”, ficando todos em silêncio, formando assim uma unidade que se manifesta através de uma oposição silenciosa, ou seja, ninguém quer falar a respeito. O diretor respeita o momento do grupo, resolve finalizar e sintetiza as principais idéias

surgidas dos projetos. Mostra ao grupo as constatações existentes entre o possível choque entre o mundo ideal e o real do médico, mostrando que dentro de cada um deles existe um médico idealizado, um mundo idealizado de médico, uma saúde idealizada, um paciente idealizado. O grupo acolhe o fechamento da reunião permanecendo em silêncio e aderindo ao Projeto de fechamento. No entanto, A2 sugere novamente um tema emergente a respeito da morte. Ele pergunta para o grupo onde entra a morte nesse mundo ideal e perfeito do médico.

Através dessa questão formam-se duas unidades, uma demonstrando indiferença silenciosa ao Projeto, ou seja, não expressam nenhuma manifestação não verbal, demonstrando indiferença. A outra unidade fala a respeito do Projeto e se manifesta dizendo que quando se refere a morte isso pode estar relacionado a crença que cada um tem a respeito do tema. No entanto, eles refletem que a escolha em ser médico está relacionada ao desejo de lutar contra a morte e a unidade então se posiciona diante do fato de que talvez falte ainda uma conscientização dos médicos frente a essa questão. Refletem sobre o quanto é difícil lidar com a “finitude” das coisas e ao mesmo tempo reconhecem que o médico deve pensar que há limites para a sua atuação.

Nesse trabalho, conforme já salientado, todas as reuniões foram transcritas e eram supervisionadas antes de acontecerem. O objetivo da supervisão era de observar como tinha ocorrido o movimento do grupo na reunião anterior, o quanto ele tinha avançado ou não na reflexão e através dessas observações é que se organizava a reunião seguinte. Assim, em função de na 6ª reunião ter surgido o tema da morte e isso ter mobilizado possivelmente no grupo sentimentos que precisariam ser externalizados, a equipe diretora foi orientada no sentido de não apresentar nenhuma atividade de aquecimento na **7ª reunião**. A intenção dessa estratégia seria a de aproveitar o início da reflexão ocorrida na última reunião e permitir ao grupo, se assim quisessem, continuarem a falar a respeito.

Nesse dia o diretor, na Abertura, “anunciou” que o grupo poderia falar sobre aquilo que quisessem. Antes da reunião já estavam conversando sobre o relacionamento professor-aluno. Falavam das características de alguns professores da faculdade, dos

estereótipos de algumas especialidades e achavam interessante contar o exemplo de um professor da cirurgia que não se enquadra no estereótipo do cirurgião, “duro” e “exigente”. Os alunos salientaram a importância do professor no processo de identidade médica.

O diretor fala ao grupo a respeito da implantação recente do Projeto Tutoria, alegando que aquilo que eles estavam falando da relação do professor aluno estava contemplado no referido Projeto. Formaram-se unidades a favor do Projeto e os alunos quiseram saber detalhes da Tutoria, que lhes foram expostas pela equipe diretora. O grupo no geral apóia a iniciativa reforçando a idéia do quanto o professor pode ser um modelo favorecedor no processo de identidade profissional.

O diretor observa então que o grupo está mais “aquecido” e sugere que retomem o assunto da reunião anterior, pedindo que informem a A10, que não estava presente no último encontro, como as coisas tinham ocorrido. Os colegas retomam para A10 como tinha sido a atividade e começam novamente a falar sobre a viagem ao planeta perfeito do médico. Lembram então a posição “diferente” de A2 na ocasião. A2 então começa dizendo que pensou muito naquilo tudo essa semana e começa recolocando suas idéias novamente ao grupo, ou seja, sobre os seus sentimentos frente a questão do mundo perfeito do médico. Forma-se uma unidade a favor do Projeto assumindo posição favorável a A2, no sentido de admitir que de fato não existe um mundo ideal para o médico, pois ele tem que lidar com coisas que não são ideais, como a doença por exemplo.

Diante de todas as questões apontadas pelo grupo até aquele momento, o diretor começa a propor que eles falem sobre o estudante de medicina e como são os sentimentos frente a essa trajetória. Assim, forma-se uma unidade a favor do projeto e começam a refletir sobre essa trajetória do aluno e a questão do “ser médico”, a visão idealizada nesse começo, o quanto a frustração torna-se grande quando ao iniciarem suas atividades práticas percebem que nem todas as doenças são curáveis e começam a ter que lidar com a questão da impotência médica. Dessa forma o diretor vai estimulando o grupo a falar sobre o desenvolvimento do papel de aluno, ao que os mesmos aderem, se posicionando positivamente através das unidades formadas. Começam então a falar de

seus sentimentos durante a vida acadêmica, à medida que vão percebendo que o médico nem sempre pode curar, mas pode promover o alívio da dor, da doença.

Na evolução do processo reflexivo percebe-se então o momento de levar o grupo ou pelo menos estimulá-lo a falar do papel do estudante de medicina, da vivência desse papel e como ele se manifesta para o grupo. Assim, o objetivo principal da **8ª reunião** foi estimular o grupo para a interpretação lúdica de papéis, o *role playing*. Assim, o diretor vai estimulando e aquecendo o grupo para a dramatização, pedindo sugestões de cenas que poderiam ser representadas nessa atividade e que de certa forma tivessem relação com o papel do estudante de medicina e sua trajetória na vida acadêmica. Assim, a atividade de dramatização é organizada e os alunos desenvolvem então o *role playing*, e o tema escolhido pelo grupo foi o “ingresso no curso médico”. As cenas foram montadas conforme constam no diagrama da 8ª reunião, referente a análise sociométrica da mesma.

A atividade de dramatização é desenvolvida então em 3 momentos: o aquecimento específico; a montagem das cenas e o fechamento. Em todas as etapas houve o envolvimento dos alunos, desde a escolha dos personagens, até a montagem das cenas e o desenvolvimento das mesmas. As situações escolhidas e as cenas montadas, conforme demonstrado no diagrama da 8ª reunião, evidenciam o quanto o grupo trouxe para o “palco” situações que revelam a vida acadêmica do estudante de medicina, principalmente seu ingresso na universidade. Nesse sentido, o “drama” do grupo é levado ao palco, se caracterizando em um sociodrama.

Na sequência, após o grupo ter dramatizado todas as cenas, passou-se então para a etapa de reflexão dentro do papel. Cada um dos alunos pôde falar como se sentiu no papel de outra pessoa. O diretor teve a tarefa de estimular o grupo frente a reflexão na ação. O *role playing* permitiu a todos refletirem através da ação, através do “como se”. Esse momento foi a oportunidade do grupo de vivenciar a “inversão de papéis” através do *role playing* e entrarem em contato com os seus sentimentos quando se colocam no lugar do outro. Assim, no contexto dramático foi possível vivenciarem a inversão de papéis e se “colocar no lugar do outro”, do calouro, do veterano, da família do calouro e de pessoas da própria sociedade.

A atividade para o grupo representou não apenas um momento lúdico mas a oportunidade de viverem “cenas” da vida do estudante de medicina, como o próprio grupo a denominou. De certa forma, o grupo considerou que a atividade de dramatização representou para todos a visualização, um resumo da vida do estudante de medicina em relação a alguns aspectos da vida acadêmica.

A 9ª reunião já havia sido contratada com o grupo como a última do processo reflexivo. Já na Abertura o diretor sugere ao grupo que contem para os colegas que não estavam presentes na reunião de dramatização como tinha sido a atividade. Nesse sentido, não foi preparada nenhuma atividade de aquecimento, pois a 9ª reunião de certa forma, teria como objetivo central a continuidade das questões que foram levantadas no *role playing*. Assim, à medida que o grupo vai revivendo as cenas, vão revivendo e falando de seus sentimentos em relação às pessoas, aos contextos vivenciados. Refletem sobre a própria formação médica, sobre a evolução de uma prática humanista para uma mais tecnicista, e fazem relações com os seus papéis vivenciados na dramatização. Nesse sentido, podemos considerar que o *role playing* permitiu ao grupo um posicionamento talvez menos defensivo em relação ao papel do médico, reconhecendo que o mesmo tem limites e que precisa existir também um cuidado com a “pessoa” do médico. Além disso, foram claramente evidenciadas as reflexões que o grupo fez em relação a própria evolução de sua vida acadêmica, do desenvolvimento de seu papel profissional, que se configurou como um dos nossos objetivos principais.

É importante considerar, nesse modelo proposto, a importância que a supervisão antecipada das reuniões assume nesse momento, ou seja, após cada reunião (que foram gravadas e transcritas), o procedimento que se seguia era de uma supervisão da equipe diretora (diretor + ego auxiliar) com o orientador do presente estudo, para que fossem esboçadas as estratégias de facilitação da reunião subsequente. Dessa forma, foi possível para a equipe diretora ir percebendo aos poucos a estrutura do grupo, como o grupo se constituiu na 1ª reunião, na 2ª e assim por diante.

O importante nesse contexto, portanto, era perceber como o grupo evoluía, o quanto a estrutura se modificava, no sentido de possibilitar uma continência maior no

contexto grupal. Era objetivo da equipe diretora deixar o grupo á vontade, favorecendo a ocorrência da espontaneidade e criatividade. À medida que o grupo ia se “soltando”, se sentindo mais espontâneo, o grupo ia também se “aquecendo” para o *role playing*, que era um dos objetivos dessa estratégia, ou seja, proporcionar ao grupo a experiência da inversão de papéis. Na verdade, nesse modelo adotado, a dramatização não deve ser algo que ocorra sem que o grupo esteja “aquecido” para tal, isto é, sem que o contexto grupal tenha se tornado explicitamente continente e acolhedor das diversas posições surgidas no seu interior. Dessa forma, a supervisão para a equipe diretora representava a possibilidade de realizar uma análise da sociometria do grupo em cada reunião. A partir da análise sociométrica, estratégias eram planejadas, na forma de atividades sugeridas ao grupo, com o intuito de favorecer uma maior continência e acolhimento das diversas posições manifestas. Na maior parte dos casos, estas estratégias eram adaptações desenvolvidas a partir de jogos dramáticos conhecidos.

Como um exemplo desse direcionamento, temos a 6ª reunião, como já esboçado aqui, em que foi proposta ao grupo uma viagem a um planeta imaginário e perfeito para o médico. Até aquele momento havia sido identificado nas supervisões que o grupo estava muito preso às questões da realidade do mundo médico, falando das experiências com os professores, das disciplinas. O grupo reflexivo tinha como objetivo utilizar o *role playing* e nesse sentido, enquanto estratégia psicodramática, tornava-se necessário que se desprendessem desta realidade concreta, que conseguissem um “distanciamento” mínimo para que a “inversão de papéis” pudesse ocorrer. Para poder levar o grupo para um plano mais do “imaginário” e conseqüentemente prepará-los para a “inversão de papéis”, foi necessário provocar o surgimento de uma fantasia, de uma viagem a um mundo imaginário, para com isso, ser criado um espaço de “passagem”, de “aquecimento” para posterior desenvolvimento do *role playing*. Dessa forma, cada uma das dinâmicas utilizadas tinha a ver com a história e o contexto de cada reunião do grupo, e nos objetivos das dinâmicas estava contemplada a ajuda os integrantes no desenvolvimento de sua espontaneidade e criatividade.

Assim, foi possível perceber o quanto algumas das representações iniciais, que surgiram nos grupos focais, a respeito da Medicina, da formação médica e do próprio

médico, foram retomadas no grupo reflexivo. No entanto, através da estratégia, foi possível trabalhar com o grupo, essas representações e conceitos cristalizados proporcionando um direcionamento melhor e mais aprofundado no sentido da reflexão, ajudando o grupo a elucidar um pouco mais seus sentimentos e suas posições frente a uma diversidade de momentos que acompanha a trajetória do estudante de medicina.

5ª Parte: REUNIÃO DE AVALIAÇÃO

Para o procedimento de análise dos dados foi utilizada a mesma estratégia dos grupos focais. Em um primeiro momento foi construído o IAD 1 (Instrumento de análise 1) com o intuito de identificar as expressões chaves nas falas dos alunos frente a cada um dos temas abordados na entrevista de grupo focal. Posteriormente, passou-se a construção do IAD 2, identificando as idéias centrais obtidas através das expressões-chaves, identificando assim as categorias empíricas.

Ao desenvolver os procedimentos de análise dos dados, é importante considerar que a abordagem qualitativa de investigação foi o referencial teórico escolhido para a análise e discussão dos resultados. Assim, ao desenvolver as entrevistas de grupos focais, ao final do processo reflexivo tornou-se necessário o procedimento de avaliação sobre a intervenção efetuada e a opção foi o desenvolvimento de entrevista focalizada, com o intuito de investigar os efeitos que a estratégia de pesquisa-intervenção obteve.

Desta forma, através dos discursos dos alunos, pudemos “mapear” os temas emergentes frente aos tópicos sugeridos para a avaliação (cognitiva, afetiva e avaliativa). Assim, como uma estratégia já destacada nesse estudo, foi possível detectar os discursos dos alunos, levando em conta seus aspectos cognitivo e o investimento afetivo sobre o tema.

O Quadro 3 apresenta a descrição das categorias empíricas levantadas frente ao Tema 1: Avaliação Cognitiva.

Quadro3: Categorias empíricas obtidas da reunião de avaliação do grupo reflexivo sobre o Tema 1: Avaliação Cognitiva

TEMA 1	CATEGORIAS EMPÍRICAS LEVANTADAS
1- Avaliação Cognitiva: Com o os participantes definem o grupo?	1.1) Um grupo de reflexão sobre a vida do estudante de medicina, incluindo questões referentes sobre a própria profissão médica, e a formação da identidade médica. 1.2) Grupo de discussão sobre os aspectos psicológicos que envolvem o contexto acadêmico do estudante de medicina. 1.3) Um grupo de apoio ao estudante de medicina. 1.4) Um grupo que possibilitou um espaço para a discussão sobre a trajetória da vida acadêmica. 1.5) Um espaço que permitiu discutir questões específicas da própria instituição (os problemas, costumes e cultura da faculdade). 1.6) Um grupo que permitiu ao aluno a possibilidade de organização das idéias, os pensamentos sobre a vida acadêmica, o “parar para pensar”. 1.7) Um grupo que possibilitou a perspectiva de se colocar no lugar do outro. 1.8) Um espaço para os mais novos discutirem as experiências futuras. 1.9) Um grupo que possibilitou a reflexão do que se passa com o outro e consigo mesmo durante os momentos específicos da formação médica.

Assim, quando perguntado ao grupo qual a denominação que dariam a respeito do processo vivido, os estudantes em sua maioria definiram o grupo como um espaço para reflexão a respeito da vida do estudante de medicina ou como um grupo de discussão a respeito da identidade médica em formação. Também foi apontado que o grupo significou um espaço para trocas, apoio, aprendizado e, acima de tudo, uma experiência que favoreceu um questionamento sobre como organizar as idéias e pensamentos que advém da experiência acadêmica. Assim, foi colocado por um aluno que o exercício de “se colocar no lugar do outro” permitiu organizar seus pensamentos e aprender a lidar com a perspectiva do outro. Nesse sentido, o grupo acabou favorecendo o compartilhar de sentimentos, bem como elucidar em algumas ocasiões os conflitos que surgem frente à trajetória acadêmica.

O conceito que ficou para os alunos sobre o grupo foi homogêneo e congruente entre os participantes, indicando com isso que a atividade proposta atingiu aos objetivos pretendidos inicialmente, conforme indicam abaixo os exemplos de alguns discursos dos alunos frente ao tema.

A7: (...)a 1ª pergunta...bom...é um grupo de reflexão ...sobre a medicina....sobre ser médico....

A8: (...) ..sobre a vida do estudante de medicina né.

A1: (...) eu falo...é...quando me perguntam o que eu faço????...é que é um grupo de discussão sobre o aspecto psicológico assim...do estudante...da medicina...tanto sobre o curso quanto sobre a (...) ..e a vida não acadêmica....(...) é mesmo como...organizar também assim....(...)..organizar a idéia!....porque a gente vive....convive....o exercício que voce propôs....há umas 3 ou 4 reuniões atrás sobre aquelas encenações...eu já tinha...feito...mas eu não sei se alguém tinha feito...se por no lugar de quem ta fazendo as perguntas...e tal...isso eu achei muito interessante...que eu já tinha feito isso...por isso...tanto que eu fui o 1º a falar....e já dei uma idéia bem clara sobre o que eu tava pensando..porque eu já tive essa luz...mas eu acho interessante assim....(...)..tentar ver a visão...(...)..é....a visão.....(...)..é ...organizar os pensamentos...

A2: (...) discutir....o estudante de medicina...discutir o ser...(....)....a discussão da identidade...médica...a gente discutiu bastante....

A4: (...) ..pra mim ...acho que...fora essas coisas foi um pouquinho de apoio...pra mim mesma.

A5: (...) ...quando o pessoal perguntava pra gente....muitas vezes eu respondia também.....é...a gente vai lá se ajudar (riem)....vê se consegue...(....)....foi bem reflexão mesmo assim...(....)....parar pra pensar!
(...) ..pra mim assim..o que eu senti...foi quea gente pôde discutir...a nossa vida...mais especificamente na nossa faculdadenão um estudante de medicina de qualquer lugar....eu senti....foi assim....localizar assim...que o 1º ano...assim...os problemas da nossa faculdade.....

A6: (...) ...ah...eu falo mais assim...que é grupo de discussão....sobre a carreira...sobre a graduação.....mas eu não entro muito em detalhes...(....) ..a gente discutiu sobre aspectos gerais mas que ..ficava sempre no singular mesmo.....

A3: (...) não eu acho que foi meio de reflexão...porque assim... a gente falou de várias coisas que a gente vive no dia a dia...mas que algumas coisas a gente não tinha parado pra falar sobre isso ainda....

A9: (...)..bom...eu acho que um pouco de cada coisa que voce explicou né....de refletir sér)..(...) grupo de apoio também...das ansiedades....???achei interessante a gente ver como vai ser mais pra frente....

A10: (...) ..é...eu gostei muito do grupo assim...porque...o grupo foi um lugaronde eu pude conhecer um pouco daquilo...que ta passando com os outros....mas aquilo que ta passando comigo também...né...(....)....e é muito interessante até mesmo agora há pouco eu tava conversando com umas meninas da enfermagem...né...é engraçado que mesmo na enfermagem talvez seja da USP isso daí...né...ou elas tem aulas com os mesmos professores ...mas elas passam por coisas muito semelhantes né....e..tem hora que eu tenho....até

fiquei com vontade assim...pó mas voce devia ir lá no CAEP....também né...é muito bom lá....é gostoso assim voce saber...é...aquilo que os outros tão passando....ou vão passar....ou já passaram né....e comparar com aquilo que voce ta passando....que muitas vezes coincide né...muitas vezes aquilo que ta te angustiado...é uma coisa que voce não deve....dar tanta relevância...né...e....outras vezes...voce já sabendo o caminho prá onde voce vai trilhar...fica muito mais fácil né...(...) ..ah...foi um...de tudo teve um pouco..né,,,foi um grupo reflexivo...né...foi um grupo em que na medida em que nós fomos....refletindo sobre esses assuntos....acabou como que...um ajudando o outro...né....nas dificuldades que foram surgindo....e foi uma coisa bem....de amizade mesmo né...(...) ...e foi...nada muito difícel....participar do grupo...foi uma coisa até gostosa....

Na sequência da entrevista de grupo focal, foi perguntado aos alunos como foi para eles a participação do ponto de vista afetivo. A intenção ao avaliar esse aspecto era o de verificar o nível de investimento afetivo que o grupo considerou quando de sua participação em uma atividade nova, diferente das atividades acadêmicas desenvolvidas até o momento. O Quadro 4 Apresenta as categorias empíricas obtidas.

Quadro 4: Categorias empíricas obtidas da reunião de avaliação do grupo reflexivo sobre o Tema 2: Avaliação Afetivo-vivencial.

TEMA 2	CATEGORIAS EMPÍRICAS LEVANTADAS
2- Avaliação afetivo-vivencial: como foi vivenciar o grupo reflexivo?	2.1) Proporcionou um espaço para diversão, descontração e relaxamento. 2.2) Promoveu sentimentos de integração e de apoio entre calouros e veteranos. 2.3) Provocou a sensação “boa” de perceber que não estão sozinhos em suas angústias de alunos. 2.4) Mostrou a importância do aprendizado através da experiência do “outro”, dos colegas mais velhos. 2.5) A reflexão compartilhada pode ser positiva e madura a relação com os veteranos.

Conforme indicam as categorias empíricas no Quadro 4, em relação a como foi para cada um vivenciar o grupo, ou ainda, em termos afetivos, como foi “estar no grupo”, os alunos apontaram que participar da atividade foi “divertido”, no entanto, também representou para a maioria sentimentos de compartilhar angústias e ansiedades que antes eram vividas solitariamente. Nesse aspecto o grupo levantou que alguns dos sentimentos vivenciados durante o ciclo básico não eram divididos com colegas ou pessoas mais próximas, face à representação que tinham de que aquele sentimento ou aquela dificuldade era sentida apenas por eles. E no grupo foi possível perceber que a

insegurança, as angústias e os medos são compartilhados por alunos de outros anos e que é possível ocorrer a troca desses sentimentos de maneira construtiva. Os alunos de anos mais recentes consideraram como oportuna a troca com os alunos de anos mais avançados, e estes últimos puderam se sentir valorizados por “ajudarem” seus colegas a lidarem melhor com as dificuldades que os mesmos já enfrentaram. Além disso, participar do grupo reflexivo também foi considerada uma experiência de “relaxamento” e de “alívio das angústias” relacionadas à formação médica.

Os discursos dos alunos abaixo exemplificam os sentimentos frente a esse tópico da avaliação:

A8: (...) ..divertido!!(... eu concordo com o que o A2 falou que voce vê que voce não ta sozinho né...que todo mundo pensa...passa pela mesma situação que voce...e foi legal ver a experiência dos mais velhos...sobre o que a gente vai passar....que eles também... ..dos menos calouros (...) ..mas foi bom porque eles passaram pelas mesmas situações que a gente...() ...aqui a gente encontra em um outro contexto né....os veteranos...encontra...na Liga....no treino...em festas....

A1: (...) ..pra mim... ..pra mim acho que foi normal porque eu tenho essa....boca meio aberta....eu to conversando demais....então eu sempre falo...eu acho que acontece isso....o pensamento que ela pensouentão assim...eu geralmente já converso mais sobre..essas coisas assim....aspectos psicológicos..essas coisas....e assim..lógico....aqui é muito mais organizado...a gente tem retorno....né...mas eu sempre tive essa.assim....esse negócio de conversar mais sobre isso....() ..isso aí é a parte da organização () ..voce escuta uma pessoa voce fala...ah...eu pensei também...mas não vou procurar não

A5: (...) ..pra mim a parte do apoio...() ..uma parte.....perdão....uma parte que eu gostei também foi poder dividir isso com os mais novos....as coisas que a gente já passou...e que eu acho que eles não precisariam passar assim igual a nós...com as cabeçadas... () ..voce tem mais subsídio...

A2: (...)...ah...sei lá...o apoio mesmo...né...???? no que a gente se produz....e saber que a gente não ta sozinho...muitas vezes a gente se pega vivendo umas angústias....né...e acha que é só voce que tem sentimento e tal....voce fica meio perdido né...aí voce percebe muita coisa que.... Alivia um pouco o medo ...e...te ajuda a tentar resolver um pouco...a se resolver nessas coisas....()... mas tem coisa que o veterano não refletiu mesmo...não é que ele não ta te falando da reflexão...ele não refletiu mesmo...ele só ta repetindo o chavão que ele ouviu... () ...porque dói pensar!!...

A6: (...) ...porque uma coisa é você só pensando...outra é voce ter que pensar pra formular...pra fazer a ..() ..é...e que voce....sempre acaba sendo influenciado pelo....pelo que os outros falaram também....() ..e era legal porque assim..é....não sei se é preconceito meu...mas quando a gente falava com um veterano numa outra situação....não vê assim...a gente não percebe uma reflexão....então o pessoal fala assim....ah.....to indo lá pra ???ah...vai se ferrar....é isso só...não existe um negócio

assim...ah não...olha não fica....é....encucado com a prova por causa disso..disso e disso...porque eu já passei por isso.....é assim....ah não vai procurar uma cerveja lá.....entendeu?...(...) ..e aqui não....(...) ...e aqui não....aqui vocês tão falando pra gente....assim...vai acontecer isso...

A3: (...)eu acho que também era uma hora pra gente relaxar aqui....as vezes a gente comentava....ah...o que será que a gente vai fazer hoje?.....

A4: (...) ...não eu...??? ...não pra mim foi apoio....pra mim foi um grupo de apoio é o que eu respondi antes....

A10: (...) ...foi um alívio pra mim!....(...) ..foi um alívio!! (...): ..porque ...tinha muitas coisas do...do básico...principalmente ...que a gente começou no básico né...() ..tinha muitas coisas que ...que me angustiavam assim....o fato de...ter tanto conhecimento...que tava sendo passado pra mim...e eu não ta conseguindo....aproveitar tudo isso...não tá conseguindo....absorver tudo isso...né...e....até as questões de fora da faculdade...assim...aquele...aquele....aquele negócio de...a sociedade....o jeito como a sociedade te olha...né...aquilo que a sociedade cobraque aqui...eu percebi que não é só comigo...que isso acontece...né...é...desde o 1º ano...acho que eu até já te falei..né...que eu...eu...entrei no curso de primeiros socorros...assim...né...falei...agora eu tenho que me virar...porque a faculdade vai demorar pra me formar como médico né....eu tenho que fazer alguma coisa ...pra...pra dar conta de todo mundo que chega...ó...to com problema aqui...to com problema ali ...e o mais engraçado é que voce aprende nos primeiros socorros e tal...aí voce aprende...ó...a pessoa ta com uma parada cardíaca voce tem que fazer a massagem tanto por tanto...tal....na maioria das vezes....o pessoal não vem com isso...o pessoal vem...ó eu to com uma dorzinha aqui.....mas...se não ta morrendo...só se voce tiver morrendo que eu posso te ajudar ...

Na seqüência do processo de avaliação, foi perguntado ao grupo como eles avaliariam no geral a atividade vivenciada. Além disso, foi dada a oportunidade para os alunos de fazerem sugestões frente a experiência vivida. O Quadro 5 indica as categorias empíricas obtidas frente ao Tema 3.

Quadro5: Categorias empíricas obtidas da reunião de avaliação do grupo reflexivo sobre o Tema3: Avaliação geral.

TEMA 3	CATEGORIAS EMPÍRICAS LEVANTADAS
3- Aproximação Avaliativa: avaliação geral das atividades e sugestões.	3.1) Avaliação positiva geral e incentivo a continuidade do trabalho, principalmente com os alunos do ciclo básico. 3.2) Aproximar mais os alunos de profissionais recém-formados. 3.3) A importância da reflexão, mas ao mesmo tempo o reconhecimento do quanto é difícil transpor barreiras para a externalização dos sentimentos.

No geral os alunos consideraram como positiva a experiência vivida, e que o processo reflexivo permitiu que o grupo de estudantes compartilhassem suas dificuldades durante a formação médica de uma maneira que proporcionou o favorecimento de vínculos positivos entre os integrantes, diretor e ego auxiliar, além de possibilitar uma maior reflexão crítica sobre o papel profissional. Os exemplos abaixo das falas dos estudantes indicam a avaliação positiva do processo, e algumas sugestões que os mesmos evidenciaram para a continuação do trabalho:

A5: (...)..as almofadas!! (todo mundo caiu na risada).....na ponta da língua....(...) ...é...uns petiscos....(riem de novo, o grupo estava bastante descontraído) (...) ..mas eu acho que quando existir a possibilidade do 1º ao 6º ano....porque pra mim assim....principalmente.....eu aprendi bastante coisa....de tudo que a gente falou aqui....de chegar a conclusão junto assim né....depois que a gente parou pra analisar....eu acho que seria muito mais rico ainda.....se tivesse 5º e 6º ano...aqui com a gente...ia ser o máximo....e o contato do 1º ano com o 6º ano....que tem pouco dentro da faculdade...que é uma delícia assim...eu lembro quando eu tava no 1º ano...as poucas pessoas que eu conhecia do 6º ano...porque...porque a gente vê o tanto que muda a visão...de ano pra ano.....né...o que voce acha...o que voce espera....

A3: ..se continuar...os próximos grupos vão ter almofadas....que a gente não teve... (todos riem)....

A4: (...)..eu só acho assim...as vezes a gente viajava demais...sabe...(...) ..a gente saía do tema assim....não sei se isso é ruim ou se isso é bom....(...) ..as vezes a gente começava a falar de uma coisa...e aí puxava outra....(...) ...ah...então...que eu ia falar.....é que eu não sei como voce????? as vezes voce fazia uma pergunta...eu pensava numa coisa...aí o pessoal começava a falar assim...eu ficava esperando minha vez...aí mudava o assunto.....o que eu pensava não tinha mais nada a ver com o que o pessoal tava falando...entendeu?!...que o pessoal ia viajando....???/aí eu tinha que encaixar de novo....aí eu tinha quequal a pergunta?...as vezes voce perguntava sobre o estudante de medicina...a gente só falava do médico....eu ficava pensando no estudante de medicina..não sei o que...e o pessoal....começava a falar de plantão...de não sei o que ...parecia um médico falando né.....(...) é que eu não sei como que era um grupo reflexivo....é que a gente participou de um grupo de....(...) ..lá no hospital dia....que não tem nada a ver...é terapêutico...participou de terapia...e lá era muito direto assim que ele perguntava (...) ele ficava bravo!!..nesse ponto...(.): ..era a única referência que eu tinha de grupo....então pra mim eu ficava meio assim...eu ficava meio perdida...

A10: (...) ..não...acho que o balanço geral foi muito mais positivo do que negativo....eu diria que eu nem tive sentimento negativo não....não que eu lembro...(.): ..ah...minha avaliação é muito positiva...eu gostei muito de ter participado disso mesmo....os horários de almoço que eu perdi....o tempo que foi corrido...eu acho...que valeu muito mais a pena aquilo que eu aprendi...aquilo que eu vivenciei...né...aquilo que eu compartilhei...do que o tempo que eu poderia ter ficado....descansando...ou....qualquer outra coisa né...foi uma coisa que eu assim...eu acho que se eu pudesseeu faria com que todo mundo fizesse...participasse também né...(.) ..e eu vejo....conversando com

todo mundo assim...seja numa rodinha de bar....seja no bandeijão...seja em qualquer outro lugar...eu vejo....que as pessoas passam pelas mesmas coisas que eu passei...mas na maioria das vezes a gente não põe isso daí pra fora....não põe tudo pra forané...(...) ..e aqui...eu senti que foi uma oportunidade de colocar mesmo tudo pra fora....(....): ...falar aquilo que ta passando...e interessante porquequando a gente toca nesse assunto direto surgem coisas que a gente num...tava passando mas não sabia...não tinha percebido....que tava passando por isso...(....) ..não digo esse grupo...mas continuar esse trabalho...né...e mesmo....aquilo que voce falou...de....fazer...aquele trabalho com o 1º ano....eu acho muito interessante assim...eu tiveeu tive no 1º ano....um...acho que foi um dia só...uma tarde...alguma coisa assim que foi....foi uma ...a minha turma se dividiu em grupos de 10...aí eu lembro que tinha alguns veteranos...uns dois ou tres e um professorné...mas foi uma coisa assim...foi num dia....foi num dia que eu ainda nem tinha tido aula....então eu não sabia aquilo que eu ia passar pela faculdadené...

Para os estudantes a avaliação geral do grupo foi bastante positiva. É importante observar que os alunos de medicina não vivem com frequência a experiência de trabalhos grupais e nesse sentido foi possível observar dúvidas dos mesmos frente a maneira como eles tinham que se “comportar” durante as atividades grupais (fala de A4). A falta de experiência e até mesmo vivência de trabalho grupal, representada em uma atividade reflexiva, desperta curiosidade e promove questionamentos, pois a representação dos modelos de grupos que os estudantes possuem está muito relacionada aos modelos terapêuticos.

Um outro aspecto importante e que foi observado, em relação aos benefícios do grupo reflexivo, foi a possibilidade de “quebra dos estereótipos” existentes frente às situações que possam envolver calouros e veteranos. O relacionamento entre eles pode ser produtivo e rico em termos de trocas, contribuindo para a quebra de possíveis “rótulos” que são construídos à medida que o curso evolui. Dessa maneira é possível ocorrer uma melhor compreensão ou até mesmo mudanças nas representações iniciais dos alunos frente a estes aspectos abordados.

Apesar disso, através da maioria dos discursos expressos pelos estudantes observa-se a necessidade e a sugestão dos mesmos, frente a continuidade de iniciativas dessa natureza. Através da atividade foi possível aprofundarmos mais as representações inicialmente abordadas nos grupos focais, sobre a profissão médica, sua trajetória e o reflexo disso no desenvolvimento do papel de aluno e na construção de sua identidade profissional. O processo reflexivo, portanto, trouxe contribuições não apenas enquanto

um “espaço” para compartilhar sentimentos, mas também evidenciou a necessidade, a importância do desenvolvimento e análise científica de estudos que adotem como instrumental teórico a pesquisa-intervenção.

VIII- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente trabalho teve como proposta central o desenvolvimento de uma estratégia de intervenção junto aos estudantes de medicina do ciclo básico de uma Faculdade de Medicina do interior do estado de São Paulo, frente às dificuldades apontadas durante esse período da formação. Os primeiros anos do curso médico têm despertado a atenção de profissionais na área de psicologia e também que lidam com Educação Médica, por ser uma fase que pode promover no estudante conflitos e questionamentos frente a sua escolha profissional.

Assim, embasados pela literatura pertinente ao tema, e também pela experiência de atuação na área, foi possível desenvolver o estudo de forma que o mesmo pudesse fornecer subsídios teóricos e práticos frente a como os estudantes de medicina vivenciam o curso médico nos primeiros anos, permitindo com isso o reconhecimento e identificação das representações que os alunos fazem da profissão médica, suas perspectivas, dificuldades e expectativas frente ao papel profissional futuro. Para isso foram desenvolvidas algumas etapas que permitiram conhecer melhor a realidade desses estudantes, e com isso propor uma estratégia de intervenção para a possível minimização desses conflitos. Apresentaremos a seguir uma discussão geral a respeito dos dados obtidos em cada uma das etapas deste estudo.

VIII.1) O pré-inquérito

Esta etapa investigou o nível de satisfação dos estudantes de medicina (1º ao 3º ano), frente às questões relativas ao ciclo básico. Participaram dessa fase 240 estudantes, sendo: 1º ano (N=90), 2º ano (N=83) e 3º ano (N=67). A aplicação de um questionário estruturado foi realizado em sala de aula, tendo a anuência de professores previamente informados.

Os dados obtidos indicaram um predomínio na participação dos alunos de anos iniciais. Como já salientado na caracterização dos participantes, existe em todos os anos investigados um predomínio de estudantes vindos de cidades do interior de São Paulo e da própria capital. Em relação a alguns aspectos analisados frente ao nível de satisfação

dos alunos, como por exemplo, a carga horária do curso, as atividades em sala de aula, desempenho nas provas, os alunos de todos os anos indicam um nível de satisfação que vai de uma escala de “satisfatória” a “ruim”. Esses dados vêm de encontro a literatura pertinente ao tema, pois os primeiros anos do curso são considerados como um período de difícil adaptação ao curso, às dificuldades na conciliação do estudo e lazer, às mudanças no ensino aprendizagem. O sistema de ensino é muito diferente daquele a que o aluno estava acostumado que era um ensino mais paternalista. A entrada na universidade promove mudanças até mesmo na forma como os alunos se sentem em sala de aula. O aprendizado passa a ser mais da responsabilidade do aluno, que acaba sentindo a necessidade de desenvolver estratégias autodidatas para conseguir se beneficiar melhor frente ao seu rendimento acadêmico. Nesse sentido observamos as tendências dos alunos frente ao item “Atividades em sala de aula”, pois, como podemos observar pelos resultados, a maioria dos alunos nessa fase do ciclo básico insere-se em um nível de descontentamento de satisfatório a ruim.

Em relação a esses aspectos da carga horária, em torno de 60% dos alunos de 1º e 2º ano sentem-se mais insatisfeitos, sendo suas respostas classificadas em níveis de descontentamento de “ruim” a “muito ruim”. Essa questão da carga horária também pode ter relação com os níveis de satisfação frente as atividades em sala de aula, nesse mesmo período da graduação. As atividades em sala de aula foram consideradas satisfatórias e ruins no 1º e 2º ano.

Outro aspecto importante avaliado foi o relacionamento interpessoal com os professores. Em torno de 70% dos alunos de 1º ano classificam a relação professor aluno como boa (30,0%) e satisfatória (42,2%). No 2º ano, essa distribuição sofre modificações, sendo que em torno de 60% dos alunos consideram esse relacionamento satisfatório (50,6%); ruim (13,2%) e muito ruim (3,6%). Não é possível afirmar que a relação com os professores piora no 2º ano, mas podemos inferir que nessa fase da formação, ao transpor o período de “euforia” referente ao ingresso na faculdade, os alunos possam se tornar menos tolerantes as frustrações, ou até mesmo que o momento específico no curso possa contribuir para isso. Um aspecto também importante no campo das relações interpessoais, diz respeito a relação entre os alunos. No 1º ano, em torno de

70% consideram a relação entre os colegas muito boa (41,1%) e boa (38,9). A mesma tendência é observada entre os alunos do 2º ano, sendo que para estes 43,3% consideram as relações muito boas e 30,1% boas. É importante considerar que nos primeiros anos da faculdade os estudantes ficam muito próximos, têm várias aulas em comum, e depois nos anos subseqüentes, a turma vai se subdividindo. O fato de conviverem mais e estarem mais próximos nos primeiros anos pode estar favorecendo os aspectos considerados positivos nas relações interpessoais.

Em relação ao 3º ano, em torno de 60% dos respondentes se dividem entre achar a carga horária muito boa (23,8%), satisfatória (28,3%) e ruim (29,8%). No 3º ano os estudantes começam suas atividades no hospital escola e nesse sentido a carga horária pode gerar um nível de satisfação melhor para os alunos. No entanto, é importante considerar que o número de alunos do 3º ano que participaram da nossa amostra podem não estar sendo representativos do grupo como um todo e dessa maneira devemos relativizar nossas interpretações frente aos resultados. De qualquer forma, os dados obtidos em relação ao 3º ano são compatíveis com que aponta a literatura, em relação a esse momento da formação. (Colares, 1999; Colares *et al*, 2002; Fernandez e Cianflone, 1991; Fernandez e Rodrigues, 1993; Figueiredo *et al*, 1996; Filho, 1992; Meleiro, 1999; Millan *et al*, 1991). As relações interpessoais entre os colegas se mantêm próximas aos alunos de 1º e 2º ano, com aspectos mais positivos do que negativos. A relação com os professores nesse período apresenta um nível de satisfação muito bom (29,8%), bom (11,9%) e satisfatório (38,8%).

Um aspecto que foi comum a todos os anos foi o item que investigou a relação entre as atividades do ciclo básico com a profissão médica. Em todos os anos o percentual de respostas foi homogêneo, evidenciando que o nível de satisfação dos alunos frente a esse tópico evolui de um nível de “satisfatório” a “ruim”. Esse aspecto é evidenciado também em estudos da literatura e de dados obtidos da própria instituição em outros momentos, denotando uma preocupação dos alunos frente a falta de “sintonia” entre as atividades teóricas e práticas desenvolvidas no início da formação médica, e a relação das mesmas com a própria profissão (Colares, 1999; Colares *et al*, 2002; Fernandez e Cianflone, 1991; Fernandez e Rodrigues, 1993; Figueiredo *et al*, 1996).

VIII.2): Os grupos focais

Em um segundo momento do estudo, foram desenvolvidas as entrevistas de grupos focais, com a intenção de compreender melhor as representações que os alunos de medicina tinham sobre aspectos importantes ligados a sua formação e a sua escolha profissional. Os participantes dessa etapa foram aqueles que, ao final do questionário do pré-inquérito, se identificaram, demonstrando assim, interesse maior em participarem das entrevistas em grupos. Através dos temas levantados nos grupos focais foi possível obter dos estudantes de medicina suas representações em relação a: escolha profissional, as dificuldades vivenciadas no curso, as expectativas quanto ao papel de médico e a perspectiva de participação na atividade seguinte, que seria o grupo reflexivo.

Após a análise dos dados, foi possível verificar que a escolha pela medicina enquanto profissão está ancorada por idéias altruístas no início dessa formação. O altruísmo, o ajudar o próximo, curar as pessoas, salvar a vida das pessoas estão associados às razões mais comumente destacadas que levaram os alunos a optarem pela profissão médica. Também são destacadas as seguintes motivações para essa escolha: a vocação manifestada desde criança, o interesse pelo relacionamento humano e pela área de biológicas, o prestígio e status da profissão, a perspectiva da profissão liberal e da diversidade de atuação que a medicina propicia; a influência de familiares médicos, o interesse pela rotina de vida do médico.

Retomamos aqui a importância que o referencial teórico das representações sociais assumiu nesse contexto da investigação através de grupos focais. Conforme preconiza a literatura pertinente ao tema, conhecer as representações de determinados grupos sociais sobre um tema que se pretende enquanto objeto de pesquisa, é importante pois nos coloca em contato mais aprofundado com esse grupo, proporcionando assim um conhecimento sobre suas crenças, atitudes, além de auxiliar na compreensão do panorama contextual educacional, que cerca esse grupo, seja ele de alunos ou de professores. (Cianflone, 1996; Cortial, 1999; Farr, 2002; Guareschi, 2002; Ignarra, 2002; Jovchelovitch, 2002; Spink, 1993, 2000, 2002)

Dessa forma entender como o grupo de alunos, nos anos respectivos (1º, 2º e 3º) entendem e representam seus conceitos sobre a profissão médica e sobre o seu papel

ajuda a compreender melhor que essas representações têm seu destaque e importância na evolução da identidade profissional, e que deve assim, servir de suporte para o entendimento e a criação de estratégias que auxiliem na minimização ou na reorganização dessas representações quando as mesmas provocam grandes conflitos durante o desenvolvimento do papel profissional.

No geral, em relação às motivações que levaram à escolha pela medicina, os alunos de todos os anos estudados tendem a apresentar razões congruentes e similares frente a esse aspecto.

No entanto, é importante destacar que para os alunos do 3º ano, o quê os levaram a escolher medicina, apontadas inicialmente quando do ingresso no curso médico, parecem não ser vivenciadas mais com a mesma idealização daquela ocasião. Em outras palavras, para esses alunos de ano mais avançado, a razão hoje de ter escolhido medicina sofreu algumas mudanças ao longo dessa trajetória. O altruísmo ainda está presente, no entanto, parece existir uma conscientização mais apurada sobre o fato de que o médico não pode salvar vidas sempre. Nesse aspecto, os alunos parecem concordar que mudaram em suas representações, após vivenciarem o 3º ano e terem tido mais contato com profissionais médicos em suas atividades práticas no hospital.

Nossos achados encontram ressonância na literatura atual frente ao tema, quando as razões pela escolha da medicina são evidenciadas inicialmente pela visão romântica e idealista da profissão. À profissão médica são associados estereótipos que no imaginário do aluno ingressante soa como algo “mágico”, como aquele que surgiu para salvar vidas. Mas no decorrer de sua formação, quando entra em contato com a realidade do “ser médico”, surgem conflitos, contradições e questionamentos.

Neto (2001) apresenta em seu estudo o contexto da profissão médica no século XIX e descreve essa evolução até o século XX. Baseando-se nos registros dos Anais do Congresso Nacional dos Práticos, realizado em 1922, no Rio de Janeiro, o autor buscou compreender como a elite médica naquela ocasião reagia às alterações que estavam ocorrendo quanto ao conhecimento científico e ao mercado de trabalho.

Assim, segundo Neto (2001) *“O presente no passado pode nos ajudar a compreender que os dilemas que incidem sobre a profissão médica não começaram a ser debatidos hoje”* (Neto, 2001, p.24).

De certa forma isso indica que sempre existiu todo um processo histórico cercando a evolução da profissão. Vale considerar que o status, e o enquadramento do médico ao conjunto de “profissionais de elite”, já era bastante evidenciado no século XIX e foi muito “explorado” esse “perfil” através dos dados biográficos do Congresso Nacional dos Práticos.

A concepção altruísta e vocacional que mobiliza a escolha também tem ecos no passado da Medicina. A concepção xamanística da Medicina, por exemplo, está associada aos antigos curandeiros e feiticeiros, os xamãs, que “curavam” os doentes, tentando “extirpar” do mesmo o elemento ruim que o constituía. A doença era reconhecida então como um castigo.

Assim, o xamã podia controlar as forças do bem e do mal. Nas diversas culturas, ele podia curar, mas também podia traçar destinos e causar doenças nos indivíduos. Na atualidade, essa “magia” frente ao poder do médico ainda persiste, ele pode curar, ele pode vencer o mal, mas ao mesmo tempo, o doente o olha *“(...)com reserva, prudência e mesmo desconfiança. O medo e o respeito profundo de alguns doentes revelam a face maléfica da imagem do médico. O homem que pode fazer mal é sempre associado ao homem salvador”* (Jeammet *et al*, 2000, p.353).

No mesmo sentido caminha a concepção sacerdotal do médico, ou seja, ele pode não ser o Ministro de Deus, mas é o Deus da ciência, tem o poder da palavra e o saber técnico, que se complementa a necessidade humana de proteção e até mesmo de magia.

Assim, concordamos com Jeammet *et al* (2000) que consideram que os aspectos primitivos da Medicina, ou melhor dizendo, as representações construídas ao longo da história acerca do médico, é repleta de ambivalências. O doente o vê como uma autoridade do saber, aquele que possui o poder da cura, mas ao mesmo tempo o teme, porque delega ou divide com esse profissional “segredos inconfessáveis” que o doente teme que o médico o revele.

Consideramos, portanto, que as motivações para o ser médico estão ligadas a uma multiplicidade de fatores, que envolvem a própria personalidade, como também a toda cultura e história da evolução da Medicina.

A escolha pela profissão médica é também abordada por Bellodi (2001). A autora salienta que a escolha vocacional pela Medicina tem sido enfatizada segundo três enfoques: 1) as raízes históricas da prática médica, onde a figura do médico está associada sempre ao curador, àquele que tem poderes; 2) as razões conscientes, que no geral são traduzidas pelas expressões de desejo humanitário, altruísmo, o status da profissão e a diversidade do campo de trabalho que a profissão permite; 3) as motivações inconscientes, que pressupõe existirem razões de ordem inconsciente que leva os indivíduos a escolherem ser médicos.

Dessa maneira podemos entender as nuances de opinião que os estudantes no início da formação médica venham a apresentar. Notamos que, em nosso estudo, os alunos de 3º ano parecem não considerar que a escolha pela medicina tenha o mesmo sentido que teve na ocasião do ingresso no curso. Muito embora o interesse ainda prevaleça, até mesmo a vocação, à medida que o contato mais “real” com a prática médica vai se modelando, o aluno revê essas representações, entra em conflito às vezes por perceber a ambivalência de sentimentos existentes frente a sua escolha.

Assim, uma expressão muito utilizada por autores que atuam diretamente no acompanhamento de estudantes de graduação, se faz pertinente, ou seja, é aquela que enfatiza o “*cuidando dos futuros cuidadores*”, conforme salienta Martins (2003). Os futuros profissionais da saúde precisam de cuidados durante essa trajetória, muito em função desse paradoxo que invade seus mundos interiores, quando se percebem dentro desse contexto que é na verdade contraditório, em outras palavras, os alunos de medicina se formam com a intenção de curar as pessoas, mas dentro da “fábrica de fazer médicos” eles percebem e entram em contato com sua impotência diante das situações.

Outro aspecto abordado nas entrevistas de grupos focais foi a solicitação de que os alunos verbalizassem a respeito das dificuldades vivenciadas no curso até o momento. Lembramos que os grupos focais foram realizados com os estudantes de 1º a 3º ano, separadamente, para que pudéssemos apreender suas representações frente às questões

levantadas de acordo com o seu momento da graduação médica. Nesse sentido, ao tratarmos das dificuldades vivenciadas pelos alunos, foi possível perceber que em alguns aspectos citados estavam muito presentes uma particularidade do curso relacionado àquele ano da graduação.

No entanto, algumas opiniões foram unânimes em todos os anos estudados. Por exemplo, todos os grupos apontaram a carga horária do curso e a sua inadequada distribuição como um grande problema a ser administrado na vida acadêmica. A esse respeito são associadas às dificuldades dos estudantes em conseguirem conciliar sua vida acadêmica com as atividades de lazer, das quais sentem necessidade de participarem enquanto membros de uma comunidade universitária. Desta forma, parece existir um grande conflito nessa capacidade de se organizarem pessoalmente, face a quantidade de mudanças que passam a enfrentar depois que entram na universidade. Deve-se considerar que a maioria dos alunos entrevistados vem de outras cidades e precisa, de certa forma, aprender a lidar com o “novo”, a lidar com a autonomia recentemente conquistada. Esse aspecto é apontado por praticamente todos os alunos entrevistados, sugerindo com isso uma tendência bem próxima à da literatura, que coloca os primeiros anos do curso médico como um período de grande vulnerabilidade emocional para os estudantes.

Em relação às dificuldades vivenciadas durante a formação, os alunos emitiram suas opiniões mais exaustivamente do que em outros temas abordados. Neste sentido foram destacados em todos os anos os problemas de relacionamento com professores do ciclo básico, a falta de didática dos mesmos e também a falta de explicitação da importância e pertinência das disciplinas que se estudam no ciclo básico. Aliado a isso, os alunos alegam a falta de ligação entre as disciplinas do ciclo básico e atividades ligadas à prática médica, considerando com isso que esse distanciamento provoca, muitas vezes, uma falta de motivação para as atividades acadêmicas durante esse início da formação.

Os alunos do 2º ano, diferentemente dos demais, em relação às dificuldades, levantam o aspecto do “lidar com a morte”. Deve-se considerar que nesse momento da formação, eles começam a ter contato com autópsias e, muitas vezes, isso acaba

mobilizando sentimentos muito contraditórios nos alunos, do tipo “a impotência do médico” de muitas vezes não poder salvar vidas.

Ainda em relação ao 2º ano, percebe-se que os alunos acrescentam em suas dificuldades o contato com os veteranos. Relembra que recentemente foram calouros e que os veteranos, em diversas ocasiões, representaram grandes decepções nesse período de adaptações do início do curso. Nesse sentido, falam das inconseqüências de situações vividas durante o “trote” e salientam o quanto isso dificultou suas integrações e adaptações no novo contexto.

Outro aspecto abordado predominantemente pelos alunos de 1º e 2º ano foi o fato de que o estudante de medicina, em função da carga horária excessiva, e das inúmeras atividades que acaba tendo que desempenhar, vive em um mundo muito fechado, restrito e acaba desenvolvendo uma vida “robotizada”, conforme classificaram alguns alunos. Salientam ainda as impropriedades disso, pois, em função da vivência nesse mundo restrito, alguns de seus vínculos podem ficar prejudicados, como, por exemplo, a relação com o paciente. Nesse aspecto, a justificativa apontada pelos alunos é de que muitos médicos que se tornam arrogantes e frios podem estar sofrendo as conseqüências desse mundo restrito, onde não há espaço para viver mais nada além da própria medicina. Os alunos parecem fazer associações de que, no ciclo básico, a representação da medicina enquanto profissão está bastante associada a uma vida difícil, a uma carga de trabalho intensa e, portanto, à falta de perspectiva de poderem conhecer outras realidades profissionais e outros contextos de vida.

Os alunos do 2º e 3º ano destacam o sentimento de frustração, ou desidealização que acabam vivenciando em relação à profissão médica, talvez, de certa forma, referendada pelas questões apontadas acima. Como salientam Ramos-Cerqueira e Lima (2002), quando se referem ao processo de identidade médica, apontam que nos últimos anos, a medicina é vista como uma profissão idealizada, reconhecida como aquela que traz grande prestígio entre as profissões e uma expectativa (fantasiosa) de sucesso econômico mas que no entanto, *“vem se contrapondo à realidade de um mercado de trabalho precário e distorcido e às políticas de saúde que não têm se preocupado com as condições mínimas para o exercício adequado da Medicina”* (p.110).

No entanto, quando perguntado aos alunos sobre as expectativas que eles trazem frente ao futuro médico que pretendem ser, em todos os anos, ao “ser médico”, ou “ao tornar-se médico”, estão associadas às seguintes representações: o bom médico deve ser flexível, competente, humilde e valorizar, sobretudo, a relação com o paciente. Nesse sentido, as idéias apresentadas pelos estudantes parecem convergir para um ideal de formação humanista, apesar de todos os conflitos que apontam frente a esse período da formação. Além disso, os alunos reafirmam a necessidade que o médico tem de reconhecer os limites de sua atuação e lidar melhor com a onipotência médica. Salientam ainda que o médico “também é paciente” e precisa aprender a lidar com os aspectos ansiogênicos da profissão.

As dificuldades apontadas e vivenciadas pelos alunos nos primeiros anos estão predominantemente relacionadas a todo o contexto educacional, relacional e de aprendizagem, nessa fase. O aluno do ciclo básico em seu início de formação tem como referência inicial os professores, os veteranos, para só depois, ao iniciar as atividades clínicas no hospital escola, poder vivenciar a relação com os pacientes.

Diante destas constatações, percebemos o quanto podem ser necessários e significativos os cuidados com o ambiente de aprendizagem, como relata Martins (2003). A autora aborda a importância desse contexto de aprendizagem ser continente às necessidades do aluno de medicina, pois se o mesmo percebe que no seu ambiente de aprendizagem há várias restrições para que ele possa lidar com os componentes emocionais desse processo, ele desenvolverá um sistema de defesas e resistências para falar de seus sentimentos ao longo dessa formação. Assim, o aluno “*poderá construir uma imagem do professor (que será incorporada ao seu funcionamento psicológico) como a daquele que está somente em busca de erros*” (Martins, 2003, p.89).

Dessa forma, são importantes serem considerados não apenas a dimensão psicológica em que ocorre essa formação, como também a prática pedagógica do professor, em sua função docente. Pois, segundo Martins (2003), parte-se sempre de um pré-conceito de que aquele que ensina na Universidade, o professor de medicina, teve uma sólida formação em docência e que tem todos os recursos disponíveis para facilitar

o aprendizado de seus alunos. Nem sempre, portanto, a relação é tão saudável assim, como parece indicar alguns de nossos achados.

O contexto das Escolas Médicas atuais têm levado em conta, na formação de seus graduandos, uma educação médica baseada em um enfoque multidisciplinar, na abrangência e articulação entre os vários campos do conhecimento, nas habilidades e atitudes, mecanismos esses que têm sido abordados e conjugados de diversas formas (Batista, 1998). Mas também é necessário entender ou esboçar algumas considerações gerais sobre o cenário das Escolas Médicas, o que elas têm e o que elas pretendem.

Nesse sentido, os órgãos representativos sobre avaliação das Escolas Médicas brasileiras, em levantamentos e estudos realizados pela Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), a partir do conhecimento das realidades das Escolas Médicas no Brasil, puderam delinear os modelos pedagógicos existentes na mesma, e perceberam, na ocasião, que esse processo de formação revelava uma hegemonia absoluta de conteúdos que tratavam a questão do processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico. No entanto, a situação idealizada e que traduzia as expectativas das Escolas Médicas seria aquela que privilegiasse a inserção o mais precocemente possível do aluno em atividades práticas, introduzindo um início de uma lógica relacional entre os conhecimentos básicos e profissionalizantes, fazendo uma integração entre os mesmos, tanto nas atividades práticas, como no ensino e na pesquisa (CINAEM, 1997, *apud* Batista, 1998).

Dessa forma, entre aquilo que é o ideal, e aquilo que é o real e o vivido no contexto das Escolas Médicas, é que estão inseridos dois componentes importantes desse contexto: o professor de medicina e o aluno. Os professores de medicina muitas vezes acumulam papéis ao longo de sua trajetória profissional, como médico, professor e pesquisador e esse aspecto é importante de ser considerado durante o exercício da função docente em Medicina. Nesse sentido, o docente médico, assim como o estudante, vai construindo ao longo de sua trajetória a sua identidade profissional enquanto professor. Nesse percurso ocorrerem conflitos também, muitas vezes podendo até serem relacionados ao acúmulo de funções que lhe é atribuída.

Assim, conforme relata Sotolongo *et al* (2003), os professores são encarregados de auxiliar o aluno a desenvolver as competências necessárias e suficientes durante o processo de ensino aprendizagem, para inclusive serem os facilitadores no processo de identificação positiva de um modelo profissional. No entanto, o processo que envolve a produção de conhecimento nas Instituições universitárias implica em uma visão muito mais abrangente do que simplesmente o processo cognitivo, conforme salienta Trindade (2002).

Dessa maneira, o papel do professor e o seu contato diário com o estudante são de uma importância inestimável e insubstituível. Em outras palavras, o professor pode dirigir, planejar, organizar executar e controlar o processo de ensino aprendizagem de seus alunos, mas de uma maneira que os estudantes possam desenvolver um papel mais ativo no processo de aprendizado. Daí, a importância do professor também estar atento aos aspectos psicopedagógicos de sua própria formação. (Gómez *et al*, 2001).

No geral, as tendências levantadas pelos estudantes indicam uma adesão à escolha profissional, no entanto, são fortes os sentimentos de frustração nesse início do curso, mobilizando muitas vezes conflitos de caráter vocacional. As representações frente a essa escolha acabam se modificando ao longo do curso, promovendo períodos de reflexão e questionamento frente a profissão médica.

Vale aqui algumas considerações importantes tendo em vista a discussão frente aos resultados obtidos. Neste estudo, foram escolhidas, em uma das etapas do mesmo, as entrevistas de grupos focais enquanto instrumento de coleta de dados. Assim, consideramos todo o rigor científico que a estratégia requer, dentro de a abordagem qualitativa de investigação.

Além de possibilitar o conhecimento sobre as representações dos estudantes de medicina frente a temas de sua formação acadêmica, a estratégia também permitiu complementar e ampliar a compreensão já adquirida em estudos anteriores (Colares, 1999), sobre o ciclo básico e suas dificuldades iniciais. A fase do pré-inquérito, proposta aqui, trouxe também benefícios complementares para um aprimoramento do objeto de estudo em questão.

Consideramos ainda que no estudo desenvolvido por Colares (1999), também envolvendo alunos de medicina no início de sua formação, foram encontrados resultados compatíveis com a perspectiva de que o ciclo básico, para os estudantes, representa um período de grande conflito pessoal, e muitas vezes vocacional. Na ocasião, no estudo desenvolvido foi construída e validada uma escala de atitudes que permitiu identificar as tendências de atitudes dos estudantes em relação a uma série de situações envolvendo o início da formação médica; as razões da escolha profissional; os aspectos ligados as dificuldades de adaptação ao curso médico; questões ligadas á saúde física e mental do estudante.

Dessa forma reconhecemos a importância da linha positivista, mas é importante salientar que o prioritário para o positivista é o dado objetivo, ou seja, de alguma forma, uma linha de pesquisadores mais ortodoxos considera que o “retrato” tirado de uma situação em um determinado momento, através de instrumentos, questionários padronizados, são indicativos de que os dados são generalizáveis e muitas vezes são desconsiderados os contextos em que os mesmos foram gerados. É claro que, na atualidade, essas posições têm sido revistas, no sentido de serem tomados cuidados ao generalizar dados de um estudo para outros contextos diferentes do originalmente pesquisado.

Na perspectiva fenomenológica, entretanto, a preocupação do pesquisador é revelar, compreender, como uma determinada crença foi reconstruída, modificada, alterada. Mesmo que essas crenças investigadas já tivessem sido reveladas em outro momento, o contexto em que ocorrem novamente pode ser diferente, e esse aspecto é ponto central para os qualitativistas fenomenológicos. Mais precisamente, o que interessa ao fenomenólogo é captar a percepção do sujeito, não centralizar a atenção nos fatos, e sim nos fenômenos, em como os fatos são percebidos, não é explicar o comportamento ou até mesmo observar o comportamento, e sim captar a perspectiva de um determinado segmento da população, de uma sociedade, inserida em um contexto histórico cultural, a respeito de questões que o pesquisador coloca para discussão.

Entendemos, portanto, que a investigação atual veio complementar dados já obtidos anteriormente, e que no momento atual, dadas as especificidades da metodologia

abordada, foi possível aprofundar mais os conhecimentos já adquiridos anteriormente, buscando um entendimento mais profundo sobre os temas em questão e considerando sobretudo o momento e o contexto social e histórico em que os “atores sociais” estão inseridos.

È importante considerar que na pesquisa qualitativa não existe o rigor das medidas numéricas e estatísticas, no entanto, a estratégia possibilita o desenvolvimento da observação, do registro e da análise das interações existentes entre as pessoas e a instituição onde as mesmas estão inseridas.

Embora os métodos qualitativos lidem com informações mais subjetivas, eles proporcionam acima de tudo uma flexibilidade entre o pesquisador e os participantes do estudo, permitem uma amplitude maior na elucidação e riqueza de informações, que não poderiam ser obtidas através de questionários ou instrumentos de medida. A investigação qualitativa, sobretudo, permite ao pesquisador que, durante o desenvolvimento de seu estudo, ele possa “desenhar”, redefinir e reconfigurar seu projeto se necessário, através de novas estratégias metodológicas com o intuito de enriquecer sua investigação. (Morgan, 1997; Perez e Peel, 1995; Vaughn *et al*, 1996)

Retomando, portanto, um dos nossos objetivos específicos propostos que era o de identificar as representações de estudantes sobre as questões referentes ao ciclo básico, através de grupos focais, podemos salientar que a estratégia utilizada permitiu o conhecimento dessas representações e, além disso, promoveu uma complementariedade com estudos já desenvolvidos em outra abordagem.

Através dos resultados dos grupos focais foi possível conhecer as percepções, os sentimentos e as atitudes dos alunos frente a temas de sua vivência acadêmica e ao mesmo tempo permitiu observar todas as interações ocorridas entre os participantes, e a importância do contexto institucional, histórico e social que produziu essas representações.

A seleção dos participantes também é um dado importante a ser considerado aqui. Os alunos participantes, como já preconizam os pesquisadores qualitativistas, foram aqueles que se identificaram mais com o nosso objeto de estudo, e dessa forma os temas puderam ser mais aprofundados por participantes seletos, qualificados, que

vivenciam e dão importância a espaços que permitam discutir as questões de seu cotidiano acadêmico, são considerados portanto, os informantes qualificados.

Dessa forma, na sequência do presente estudo, passamos a discussão dos resultados de outra etapa, que foi o grupo reflexivo, onde foi possível discutirmos os aspectos apreendidos nos grupos focais de uma forma mais reflexiva, valendo-se do referencial sociodramático.

VIII.3) O grupo reflexivo

A prática reflexiva em contextos relacionados à formação médica foram apresentadas nesse estudo enquanto um instrumento de elevada importância no trabalho com estudantes de medicina durante o desenvolvimento de seu papel profissional.

O grupo reflexivo sociodramático teve como objetivo central trabalhar os conflitos acadêmicos dos estudantes de medicina, considerando que esses problemas enfrentados no decorrer da formação médica, não podem ser analisados isoladamente. Eles estão inseridos em um contexto que tem por um lado o aluno, com sua história e crenças pessoais, e, por outro, a instituição educacional, também com sua cultura, sua história, além de toda a sociedade, com conceitos cristalizados e estereótipos construídos acerca da profissão médica.

O Sociodrama Educacional tornou-se uma estratégia adequada, ao nosso ver, pois tenta agrupar todos esses aspectos da vida acadêmica, sem desconsiderar as questões sociais, culturais e históricas envolvidas em uma instituição de ensino.

Assim, para o desenvolvimento do grupo reflexivo, foram propostas 9 reuniões, com periodicidade semanal, com duração em torno de uma hora e meia. Na evolução das reuniões consideramos que os três primeiros encontros seriam realizados com o intuito de promover entre os integrantes um conhecimento e um compartilhar de suas expectativas. Na proposta sociodramática, o grupo precisa, em um primeiro momento, se transformar em “nós”, ou seja, é o contexto grupal que está sendo almejado, são as dificuldades de um determinado agrupamento de pessoas que pertencem a um determinado contexto, de uma mesma instituição. No caso dos estudantes de medicina, as razões que os levaram a participar do grupo reflexivo foram muito semelhantes, no

entanto, alguns pontos divergiam, em função do momento da graduação em que se encontravam. Desta forma, foi necessário que o grupo pudesse se familiarizar entre si, ou seja, que a integração entre todos os participantes e também com a equipe diretora pudesse ocorrer.

Nas reuniões iniciais, portanto, foram utilizados jogos dramáticos, com a finalidade de permitir que o ambiente se tornasse mais propício para a troca e também tendo como objetivo que o espaço criado pudesse proporcionar aos estudantes momentos de relaxamento e descontração. Nesse aspecto, as atividades escolhidas visavam a integração entre os membros do grupo, mas também permitiam que todos pudessem falar de suas expectativas e de suas motivações dentro do curso médico e também em relação a alguns aspectos de suas vidas acadêmicas.

Na continuação da proposta, desenvolvemos na 3ª e 4ª reuniões atividades que pudessem levar os alunos a refletirem sobre os estereótipos que são criados nos contextos acadêmicos, em geral, que impedem de certa forma, que as relações interpessoais possam fluir de maneira mais espontânea. Nessas atividades foi possível ao grupo refletir sobre como, nos diferentes anos da graduação médica, são criados rótulos e estereótipos frente a esses momentos específicos do curso. Os alunos do ciclo básico, por exemplo, escutam constantemente de seus veteranos mais velhos o quanto o básico precisa ser “esquecido” e, nesse sentido, deixam de aproveitar o curso nesse período, muitas vezes influenciados pelas opiniões e preconceitos já existentes *a priori*.

Foi possível ao grupo perceber e questionar se de fato essa é uma situação conveniente, pois, no geral, quando são influenciados por comentários negativos ou pejorativos frente ao início do curso, os alunos acabam perdendo a motivação e inibindo, de certa forma, seu potencial para o aprendizado de novas situações.

Na sequência das atividades, ocorreu o processo reflexivo sociodramático, propriamente dito, sendo o mesmo finalizado com a interpretação lúdica de papéis, o *role playing*. O processo reflexivo teve como tema central o curso médico, suas dificuldades e o papel de aluno em desenvolvimento. Para que essas discussões pudessem fluir de forma a propiciar uma reflexão, foram utilizados jogos dramáticos que foram elaborados de forma que pudessem “aquecer” os integrantes do grupo. Assim,

todos os jogos dramáticos utilizados tinham a ver com questões ligadas à profissão médica, que favoreciam a uma reflexão sobre os sentimentos dos estudantes frente a essa questão.

Como finalização do processo foi desenvolvida, então, a interpretação lúdica de papéis, o *role playing*, através de uma reunião de dramatização. Como já salientado nesse estudo, a dramatização ocorre segundo uma necessidade do grupo e também se o mesmo está disposto e preparado para tal ação. A dramatização não deve ser imposta como uma simples estratégia a ser realizada, pois coloca seus integrantes em contato com sentimentos que muitas vezes não estão ainda preparados emocionalmente para lidar. De certa forma, em nossa experiência, no referido estudo, procuramos respeitar a evolução do processo grupal. Este cuidado é de fundamental importância por se tratar de uma aplicação institucional e, até certo ponto, educacional de um recurso originalmente criado para ser utilizado no contexto psicoterapêutico.

Neste panorama então é que foi desenvolvida a dramatização na 8ª reunião. Nesta ocasião, os alunos puderam trazer “para o palco” algumas situações comuns que vivenciam desde o momento que entram na faculdade de medicina. Assim, os estudantes dramatizaram situações tais como: o calouro que acabou de ingressar no curso de medicina, as solicitações que lhes são cobradas através de membros da comunidade a que pertencem, seus familiares e também dos veteranos do contexto acadêmico.

Após o desenvolvimento das cenas escolhidas pelo grupo, os alunos puderam expressar seus sentimentos frente à atividade proposta. Essa atividade proporcionou aos estudantes um contato com os seus sentimentos frente a toda uma carga de pressões que acomete o recém ingresso no curso médico. Foi possível também, através do *role playing*, que os estudantes “invertissem seus papéis” com os membros da comunidade, com os seus familiares, se colocando no lugar do outro e podendo pensar e refletir sob a perspectiva do outro. Assim, através desse procedimento é possível refletir e elaborar a respeito dos papéis sociais que muitas vezes são impostos pela sociedade, pelos familiares e que inevitavelmente acaba influenciando o aluno. Desta forma, ao se colocar em outro papel, que não o de estudante de medicina, os alunos entraram em

contato com a subjetividade do outro, permitindo com isso uma compreensão melhor do contexto que permeia o mundo desses estudantes.

Após o término da 9ª e última reunião, foi proposto aos alunos que, no intervalo de 15 dias, houvesse uma reunião de avaliação do processo grupal. Desta forma, através da avaliação, pudemos perceber que o espaço vivencial criado proporcionou uma reflexão sobre as dificuldades apresentadas durante o curso médico, podendo integrar as especificidades de cada ano frente ao momento em que estavam. Para os alunos iniciantes, a experiência se mostrou satisfatória, á medida que puderam entender, através de relatos de alunos de outros anos mais adiantados, a representação que cada um constrói do seu momento. Mesmo para os alunos do 4º ano, foi observado, pelos seus relatos, que a experiência pôde trazer uma “revisão geral” da vida do estudante de medicina e especificar a realidade da instituição onde estão inseridos (questão esta exposta durante o processamento da dramatização). Reviveram questões ligadas ao papel social da profissão, às expectativas da família, da sociedade como um todo e a maneira como esse todo interfere no desenvolvimento do papel profissional.

Foram discutidas as mudanças de representações, relacionadas às várias razões que mobilizaram os alunos a escolherem a medicina. No início da formação, essas idéias são ancoradas pelo altruísmo, a necessidade de ajudar os outros, de salvar vidas. À medida que o curso evolui, os alunos registram que esses sentimentos vão sendo modulados e amadurecidos. A relação que se inicia com o paciente, parece ser o momento em que esses sentimentos vão sendo despertados, ou seja, o contato muitas vezes com a impotência médica e a impossibilidade de salvar vidas os leva a perceberem que aquela idealização inicial nem sempre é viável. Nesse sentido, a representação do ser médico, ou o perfil de um bom médico, fica associado a uma visão de que o importante é promover qualidade de vida. Já não existe mais o sentimento de que o médico cura e salva, mas sim de que ele pode promover alívio da dor, em casos mais graves.

IX- CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS

As reflexões e vivências dos estudantes de medicina do ciclo básico foram contempladas nesse estudo, através de uma pesquisa-intervenção, tendo como referencial o sociodrama educacional. Um dos resgates teóricos que devemos salientar é a relevância de estudos dessa natureza e que são definidos por nós dentro de uma linha de pesquisa-ação em Psicologia Escolar Institucional.

Conforme nos lembra Andrade (2002), a natureza dialética da Instituição Escolar impõe limites para quem pretende fazer o uso do psicodrama como um meio de transformação, abertura e desenvolvimento de papéis. Cada segmento representado em um contexto educacional, tais como, o aluno, o professor, necessita, muitas vezes de um trabalho reflexivo para que se possa permitir a superação e o entendimento da dialética institucional presente e o quanto essa questão interfere na estruturação de seus papéis.

Dessa maneira, Andrade (2002) nos lembra que uma das formas de auxiliar o desenvolvimento de um grupo no resgate de sua espontaneidade pode ser através do *role-playing*. Busca-se nesse sentido, alcançar o desenvolvimento de um “grupo em fusão”, que seria aquele que se constitui numa relação de interioridade. Assim, o autor nos mostra que *“É no interior dos grupos, organizações e instituições que compõem a escola, que a Estrutura de Papel se constitui e toma forma, em sua dialética instituído-instituente. Analogamente, a Estrutura de Papel abarcaria componentes cristalizados ou normativos, internalizados em um processo de identificação com o grupo instituído ou com a instituição ou a organização”* (Andrade, 2002, p.119-126).

Dessa maneira o “grupo em fusão” busca resgatar a relação de interioridade, em oposição a uma postura de alienação e de serialidade conforme apontada por Lapassade (1978). É evidente portanto, que ao tentarmos resgatar a espontaneidade de um grupo, ou até mesmo “facilitar” o desenvolvimento de sua espontaneidade em um contexto educacional, devemos lembrar que, seja qual for a instituição ao qual os participantes estejam inseridos, cada um tem suas histórias e representações sociais sobre o seu papel na instituição escolar.

Quando consideramos portanto as estratégias de pesquisa intervenção não podemos nos furtar a uma compreensão das estruturas de papéis e da organização e funcionamento do cotidiano das instituições escolares. Dessa forma, a intervenção se justifica em relação a um determinado segmento, que se sinta favorecido e aberto para tal ação, ou na figura do aluno, ou do professor.

À medida que o interesse de um grupo se manifesta no sentido de pensar ou repensar seus papéis sociais vividos dentro de uma instituição, o pesquisador e /ou facilitador grupal deve ter como um “norte” a formação do “grupo em fusão”, em outras palavras, que os indivíduos pertencentes a esses contextos, possam identificar no processo reflexivo, na intervenção, os meios apropriados para o resgate da interioridade das interações entre os seus integrantes. Assim,

“a ação no interior desses grupos se transforma em práxis, entendida como ação seguida de reflexão, que passa a ação, num movimento em espiral que busque produzir o desenvolvimento das Estruturas de Papéis, entendido como uma descrystalização, ou desnortatização de seus aspectos instituídos e a liberação dos componentes de negação, oposição, superação, crítica e questionamento, representantes dos aspectos instituintes” (Andrade, 2002, p. 119)

Dessa forma entendemos que o Sociodrama Educacional pode promover mudanças nas representações que os indivíduos possuem sobre os seus papéis sociais vividos dentro de contextos educacionais, no entanto, sabemos o quanto pode ser difícil a mudança brusca, o rompimento de conceitos cristalizados, enraizados nos indivíduos e muitas vezes reforçados por meio da sociedade como um todo, até mesmo porque, tais conceitos se constituem em sua identidade pessoal, ou pelo menos, na sua identidade naquele grupo, organização ou instituição que se está considerando. O Sociodrama Educacional em um contexto mais amplo, pode promover a reflexão na ação, em relação a temas relativos ao exercício do papel profissional. A ação pode ocorrer tanto no plano verbal, através de grupos reflexivos, como também no plano não verbal, como no caso

das dramatizações, que nesse sentido só ocorrem, quando o contexto de grupo já evoluiu para um “grupo em fusão” (Andrade, 2002).

Portanto, entendemos que os segmentos de uma instituição escolar, e no nosso caso a universitária, que é composta de alunos, professores, uma estrutura administrativa e acadêmica, são permeadas por dificuldades e resistências, cada segmento, a seu modo. São estas que, em um primeiro momento, se manifestam na forma de dificuldades em aceitar estratégias interventivas que busquem sobretudo o questionamento desses papéis cristalizados.

Em nosso estudo a estratégia de pesquisa intervenção foi possível de ser desenvolvida em função de uma aproximação da realidade institucional já vivenciada pela pesquisadora deste estudo. Assim, através dos vínculos institucionais existentes entre a pesquisadora e o contexto educacional em questão, estabeleceu-se um campo de investigação produtivo, cujas atividades de pesquisas, desenvolvidas anteriormente a este estudo, puderam facilitar e dar seqüência a atividade de pesquisa-intervenção pretendida aqui.

Dessa forma, acreditamos que através da atividade reflexiva desenvolvida com os estudantes de medicina pudemos iniciar um processo de sensibilização para futuras estratégias dessa natureza, que visem um melhor amadurecimento e reflexão crítica sobre o desenvolvimento do papel profissional, do futuro médico.

Assim, a pesquisadora, enquanto membro de uma equipe técnica, que dá suporte psicológico e psicopedagógico ao estudante de graduação e também à Comissão de Graduação da referida Faculdade, tem atuado em projetos que visam a integração dos alunos ao contexto acadêmico, como por exemplo, a Tutoria, que trabalha sobretudo através de um contexto mais grupalizado, como vem ocorrendo em muitas Escolas Médicas. Apesar das atividades grupais não possuírem ainda na instituição investigada uma cultura dessa *práxis* grupal, o grupo reflexivo aqui apresentado, pôde ser considerado por nós como uma iniciativa nesse sentido.

Dessa forma, consideramos oportuno registrar que após o término do grupo reflexivo, os 10 alunos que dele haviam participado foram convidados a entrarem nos grupos de tutoria na referida instituição. A tutoria seria iniciada coincidentemente, por

ocasião do término do grupo reflexivo. Todos os alunos do grupo reflexivo aceitaram participar dos grupos que se iniciariam, na posição de “veteranos”.

A experiência foi bastante positiva, uma vez que todos eles foram inseridos em cada um dos 10 grupos iniciantes do projeto piloto de tutoria. A questão torna-se pertinente de ser colocada, pois entendemos que a participação destes alunos, no presente trabalho, tanto nas atividades dos grupos focais, como no processo reflexivo, trouxe subsídios teóricos e práticos importantes para que a Tutoria pudesse ser iniciada, mesmo que em caráter piloto. A participação dos alunos do grupo reflexivo indicou, de certa forma, que o presente trabalho conseguiu uma certa dessensibilização para a atividade grupal em uma faculdade de medicina, podendo com isso ser bastante significativo no andamento das atividades futuras propostas para a Tutoria, e outras que se valerem de objetivos semelhantes.

Ainda em relação ao grupo reflexivo, é importante registrar que do ponto de vista da construção desse processo, o grupo conseguiu desenvolver essa reflexão em conjunto, trabalhando as dificuldades e a integração entre os membros. Assim, a frase-síntese abaixo, se destaca como uma produção do grupo, mediada pelo diretor, mas que foi construída com base nas reuniões e nas atividades reflexivas. O grupo se manifestou conivente com a reflexão abaixo, considerando-a como idéia síntese das reuniões.

Frase síntese do grupo reflexivo sociodramático

: “ser médico .é como um atletismo.... ou a vontade de comer chocolate, é exercer um pouco a poligamia... assumir o papel de camaleão....é ser um condor.... ou ainda uma VAN.... um carro conversível.... ou até um camburão.... para que possa exercer segurança ao outro.... ser médico acima de tudo.... é transpor uma barreira muito difícil... a barreira do reconhecimento muitas vezes da impotência e dos próprios limites dessa atuação.. . Enquanto estudante de medicina.... é reconhecer... ou pelo menos admitir que esses limites existem e que ser médico é antes de tudo ser humano. Vocês enquanto grupo conseguiram transpor uma das barreiras mais difíceis da formação.... que foi aprender a falar... a externalizar essas dificuldades isso faz de vocês pessoas muito especiais.... Boa sorte e sucesso profissional a todos!”

Assim, a nosso ver, do presente estudo podemos retirar as seguintes sugestões e implicações educacionais :

♦ O sucesso do desenho metodológico utilizando na presente pesquisa, por ter se mostrado adequado para investigações dessa natureza, quando pretendemos realizar uma atividade de intervenção em um contexto educacional, no qual se evidencia a importância dos grupos focais serem realizados anteriormente a qualquer atividade reflexiva, permite sugerir-lo como adequado para se poderem obter as representações sociais de determinados grupos sociais sobre os aspectos que se pretende intervir,.

♦ Ainda, o estudo contribuiu para a justificativa do uso, mesmo que em momentos distintos, das metodologias de caráter quantitativo e qualitativo conjugadas. Entendemos que a contribuição aqui se refere ao fato de que as estratégias não são dicotômicas e sim complementares. A pesquisa qualitativa ajuda a elucidar e aprofundar alguns aspectos que não ficaram totalmente claros em investigações de outra natureza, possibilitando uma melhor compreensão sobre os fenômenos que cercam contextos institucionais e educacionais

♦ Quanto as questões relacionada à formação médica, evidenciamos a importância da criação de um espaço reflexivo vivencial para que os estudantes possam compartilhar suas dificuldades na evolução e construção de seu papel profissional, de sua identidade médica. Esse espaço pode ser desenvolvido pelos órgãos de apoio ao estudante, representando assim uma estratégia profilática e de prevenção frente à adaptação ao curso médico, às peculiaridades da formação e também ao desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva sobre o papel de médico, ou do profissional da saúde.

♦ Investir em estratégias futuras que possam permitir aos alunos, não apenas do curso médico, visto que a referida instituição incorporou ao seu contexto cinco novos cursos na área da saúde, um espaço onde possam refletir sobre as dificuldades frente à trajetória de suas vidas acadêmicas, assim como reflexões apropriadas sobre o desenvolvimento e amadurecimento do papel profissional.

♦ Instituir e aprimorar Programas de Tutoria, que visam sobretudo, promover um contato maior entre os alunos ingressantes do curso médico com os seus professores e/ou

médicos contratados do Hospital Escola, assim como veteranos. Nesse sentido, a proposta visa colocar o calouro um pouco mais próximo desse professor ou profissional contratado, para que possam, através de reuniões de grupos pequenos (a Tutoria) serem discutidas as principais dificuldades do início da formação, e contribuir para a formação da identidade médica.

♦ Através de estudos e intervenções similares a esta, consideramos oportuno o investimento das Instituições em ações que priorizem uma maior “humanização” do ciclo básico, no sentido de estimular a criação de programas, atividades reflexivas, cursos vivenciais a respeito do “ser médico”, da passagem do ciclo básico ao clínico, trabalhar essas questões em momentos precoces da formação médica, visando com isso uma sensibilização para um contexto mais real do mundo médico. Esse aspecto, a nosso ver, pode minimizar as inconveniências que se apresentam quando da idealização de um contexto muito fantasioso e “romântico” que os estudantes estabelecem frente a medicina, ao ingressarem na faculdade.

♦ O estudo sugere que a instituição possa investir em estudos e projetos que centralizem mais a atuação dos professores e alunos no contexto do ciclo básico. Assim, torna-se necessário não apenas o desenvolvimento e reflexão por parte dos alunos, mas também desenvolver programa de orientação e/ou capacitação docente, para auxiliar o professor a compreender melhor o momento crítico desse período em que o aluno vive, tornando-o menos doloroso para o aluno, conhecendo mais os aspectos psicossociais que estão interligados em todo esse início da formação médica, entendendo aqui a importância do professor enquanto elemento fundamental na “modulação” e preparo do aluno para a sua futura vida profissional.

♦ Os serviços de apoio ao estudante universitário possuem importância fundamental na tarefa de auxiliar a instituição, mais especificamente, os órgãos que se preocupam com o ensino de graduação, como a própria comissão de graduação, precisam considerar como relevante a importância que merece ser dada ao ciclo básico. O estudo aqui apresentado traz indicações, tendências, que muito embora não possam ser generalizadas para um contexto maior, devido a limitação teórica da metodologia, trazem contribuições complementares a outros estudos já realizados que indicavam

dificuldades similares desse referido contexto acadêmico. Dessa forma, entendemos e acreditamos em uma “parceria” entre a instituição e os serviços de apoio e seus órgãos colegiados responsáveis pelo ensino de graduação. A idéia da continuidade desses processos reflexivos envolvendo outros segmentos da instituição deve-se ao fato de que a intenção em realizar grupos dessa natureza não é a de “enquadrar” os alunos ou até mesmo os professores no contexto em que estão vivendo, mas, permitir para que a instituição como um todo possa avançar em reflexões conjuntas para o aprimoramento do ensino de graduação em todos os aspectos que se fizerem necessários relacionados a todo contexto acadêmico em que ocorre a formação médica.

X-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J.C. Coopération, competition et representations sociales. Cousset: Del Val. 1987.

AGUIRRE, D.G.L.; URBINA, A A S. Los médicos em formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina em la Ciudad de México. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.2, Rio de Janeiro, abr/jun. 1997.

ALEXANDRE, M. As representações Sociais. **Comum**, Rio de Janeiro, v.5, no 15, ago/dez, 2000.

ALMEIDA, W.C. (Org.) **Grupos. A proposta do Psicodrama**. São Paulo, Agora, 1999.

ALVES, S.F.; ANDRADE, A. S. Promovendo a expressão verbal através do teatro espontâneo em uma turma de pré-escolares. In Goyos, AC., Almeida, M.A e Souza, D (Orgs.) **Temas em Educação Especial III**, São Carlos, Ed. Da UFSC, p.: 312-318, 1996.

ANDRÉ, M.E.D. **A Etnografia da prática escolar**. Campinas, SP, Papirus, 1995. 128p.

ANDRADE, A S. **Condições de vida, potencial cognitivo e escola: um estudo etnográfico sobre alunos repetentes da primeira série do primeiro grau**. São Paulo, 253p. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar), 1986, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

ANDRADE, A S. Quem são os alunos repetentes da primeira série do primeiro grau do município de Uberlândia. **Educação & Filosofia**, Editora da Universidade Federal de Uberlândia, 2(4): 127-152, 1988

ANDRADE, A S. O cotidiano de uma escola pública de 1º grau: um estudo etnográfico. **Cadernos de Pesquisa**, (73): 26-37, 1990a.

ANDRADE, A S. Resultados de uma intervenção em classes de alunos repetentes com a mediação de estagiários de psicologia escolar. In: **Ciclo de Debates: Alfabetização: toda criança é capaz de aprender?**. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, ANAIS, p.: 47-56, 1991.

ANDRADE, A S. Psicodrama moreniano com alunos portadores de deficiência mental. In: GOYOS, A C.; ALMEIDA, M.A.; SOUZA, D. (Orgs.) **Temas em educação Especial III**, São Carlos, Ed. Da UFSC, p.: 568-574, 1996.

ANDRADE, A S.; TOSITO, AM.L.; LAUANO, G.B.A; VIEIRA, M.C.S; ORTEGA, M.M.; FREITAS, S.C. Grupos de socialização numa abordagem psicodramática para o atendimento de crianças com dificuldade de aprendizagem. **Temas em Educação em Saúde**, Araraquara, Graf. FCL/UNESP 1: 33-42, 1996.

ANDRADE, A S. Uma abordagem psicodramática moreniana para o atendimento de crianças com dificuldades de aprendizagem nas séries iniciais da escolaridade. São Paulo, FEBRAP, **Revista Brasileira de Psicodrama**, 5(2): 93-106, 1997.

ANDRADE, A S. Refletindo sobre a relação professor aluno em um grupo de professores do ensino fundamental. Ribeirão Preto, FFCLRP, **Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação**, 9(16): 53-66, 1999a.

ANDRADE, A S. Psicodrama aplicado a grupos de crianças com dificuldades de aprendizagem. In: ALMEIDA, W.C (Org) **Grupos: a proposta do psicodrama**. São Paulo, Ágora, cap. 11, p.: 141-155, 1999b.

ANDRADE, A S. Sucesso, dificuldades e resistências no uso da criatividade e espontaneidade dramática na prática de sala de aula em um grupo de professores. In: GUARNIERE, M.R. (org.) **Aprendendo a ensinar: o caminho nada suave da docência**. Campinas, SP, Autores Associados, cap. 4, p.61-76, 2000.

ANDRADE, A S. Deficiência mental, jogos e psicodrama: a importância dos jogos corporais no desenvolvimento do vínculo em grupos de crianças. **PSICODRAMA: Revista da Sociedade Portuguesa de Psicodrama**, Porto, Portugal, 6, p.105-127, 2001^a.

ANDRADE, A S. Dos jogos corporais aos dramáticos: o processo evolutivo de dois grupos de crianças com dificuldades de aprendizagem numa abordagem psicodramática moreniana. Buenos Aires, Argentina: **Campo Grupal**. Disponível em: <http://www.campogrupal.com/jogos.html>. Acesso em: 6 nov.2001b.

ANDRADE, A S. Sociodrama Educacional: uma estratégia de pesquisa-ação em Psicologia Escolar institucional. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, SP, v.3, p. 119-126, 2002.

BAGNATO, M.H.S.; COCCO, M.I.M. Memória educativa e a tessitura de conceitos educacionais: experiência vivenciada na licenciatura em enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.3, Ribeirão Preto, 2002.

BAÑOS, J.E. El valor de la literatura em la formación de los estudiantes de medicina. **Educación Médica**, 6 (2): 93-99, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196 de 10 de Outubro de 1996. Dispõe sobre normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, v.1, n.1, Julho de 1998.

BELLO, M.C.Y. Psicodrama Pedagógico: intervenção em uma instituição de enseñanza. **Linhas Críticas**, v.4, n.7-8, jul/1998 a jun/1999.

BERLINGHER, G. **Medicina e Política**. Trad. de Pe. Bruno Giuliani. Coleção Saúde em Debate, 2ª ed. CEBES – HUCITEC, São Paulo, 1983.

BERETTA, M.I. **Psicodrama e Geração: intervenções em um curso de extensão universitária**. Araraquara, 2000a, 238 p. Tese (Doutorado em Educação Escolar) Faculdade de ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

BERETTA, M.I. Avaliação de um curso de extensão universitária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo: Departamento de Enfermagem na Universidade Federal de São Paulo/EPM, v.13, n.3, p. 92-100, 2000b.

BERETTA, M.I.; ANDRADE, A S. Psicodrama e geração: intervenções em um curso de extensão universitária. In: **Seminário de metodologia para projetos de extensão IV**, Universidade Federal de São Carlos, ANAIS. Disponível em: <http://www.itoi.ufrj.br/sempe/t1-p4.htm> Acesso em :25 Nov.2001.

BERETTA, M.I.; ANDRADE, A S. A educação em saúde e a utilização do psicodrama em uma intervenção educativa com gestantes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, v.10, n.1, 2002.

BELLODI, P.L. **O clínico e o cirurgião. Estereótipos, Personalidade e Escolha de Especialidade Médica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

BELLODI, P.L.; MARTINS, M.A Projeto tutores: da proposta à implantação na graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). **Revista do Hospital Universitário**, v.11, no 1/2 jan.dez 2001.

BJORKSTEN, O ;SUTHERLAND, S.; MILLER, C.; STEWART, T. Identification of medical student problems and comparison with those of other students. **Journal of Medical Education**, v.58, n.9, p.759-767, 1983.

BLASCO, P.G. **Medicina de família & Cinema. Recursos humanísticos na Educação Médica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002, 311p.

BOGDAN, R., BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos.** Trad. de Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Portugal, Porto Editora, 1994.

BORSATO, C.R. **Assessoria a professores de séries iniciais com vista ao desenvolvimento do profissional reflexivo, utilizando-se dos princípios do psicodrama pedagógico.** 216p. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar), 2000. Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares.** Porto. Edições Afrontamento, 1993.

CARRARO, P.R. **Crenças e representações dos professores sobre o construtivismo, os parâmetros curriculares nacionais (PCN) e as inovações pedagógicas no contexto das diretrizes propostas para o ensino fundamental a partir da nova LDB.** Ribeirão Preto, 2002, 304p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

CARDOSO, M.H.C.A ; GOMES, R. Representações sociais: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública.** V.16, n.2, Rio de Janeiro, 2000.

CASSORLA, R.M.S. Dificuldades no lidar com aspectos emocionais da prática médica: estudo com médicos no início de grupos Balint. **Rev. ABP – APAL**, v.16, n.1, p. 18-24, 1994.

CASSORLA, M.S.R. A discussão sobre o “tipo” de médico necessário: o risco de uma falácia. **Rev. Bras. Educ. Méd.** vol. IV, n.2, p. 1-8, 1980.

CESARINO, A.C. Brasil 70. Psicodrama antes e depois. In: **Grupos. A proposta do psicodrama.** ALMEIDA, W.C. (org.), Àgora, São Paulo, 1999. Parte I, cap.2, p. 35-48.

CENTENO, A M.; CARRETERO, J. M.M. Innovaciones, investigación y evidencias en educación médica. La colaboración EMBE (Educación Médica Basada en la mejor Evidencia). **Educación Médica**, v.6, no 1, Barcelona, jan/mar, 2003.

CIANFLONE, A.R.L. **A escolha da profissão médica: um estudo das representações e atitudes junto a estudantes secundaristas e de medicina.** Ribeirão Preto, 1996. 98 p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CIANFLONE, A.R.L.; FERNANDEZ, J.M. Algumas características do ensino e aprendizado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – Um estudo junto aos alunos de graduação. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v.26, n.2, p. 228-236, abr./jun. 1993.

CIANFLONE, A.R.L.; FIGUEIREDO, M.A. A representação da Medicina como profissão: considerações teóricas sobre conteúdos levantados junto a estudantes secundaristas e universitários. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v.26, n.2, p. 237-245, abr./jun, 1993.

CIANFLONE, A.R.L., TRONCON, L.E.A., RODRIGUES, M.L.V., PICCINATO, C.E., PERES, L.C., FIGUEIREDO, J.F.C Evaluation of clinical competence assessment. **Medical Teacher** 18:167-168, 1996.

CIANFLONE, A.R.L.; FIGUEIREDO, J.F.C.; COLARES, M.F.A . O Centro de Apoio Educacional e Psicológico (CAEP) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). **Revista Medicina**, V. 35, N.3, p.392-396, 2002.

COLARES, M.F.A. **As fontes de tensão no curso médico**. Ribeirão Preto, 1999. 138p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COLARES, M.F.A; TRONCON, L.E.A .; FIGUEIREDO, J.F.C.; CIANFLONE, A.R.L.; RODRIGUES, M.L.V.; PICCINATO, C.E.; PERES, L.C.; DELA COLETA, J.A .Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. **Rev. Bras. Educ. Méd.** , v.26, no 3, set/dez, 2002.

CORTIAL, J.P. Analyse dynamique des representations sociales des chercheurs: lê cãs de l'autisme. **Textes sur representations sociales**, 8, p. 3.1-3.22, Peer Reviewed Online Journal, 1999.

CORONEL, L.C.I. Grupos de reflexão. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. e colab. **Como trabalhar com grupos**, Porto alegre, Artes Médicas, 1977, Parte 5, cap.31, p.345-342.

CROSSLEY, M.L. “Could you please pass one of those health leaflets along?”exploring health, morality and resistance through focus groups. **Social Science & Medicine** 55, 1471-1483, 2002.

D’ANDRÉA, F.F. **A realidade interna. Psicodrama aplicado**. São Paulo, Difel, 1974.

D’ANDRÉA, F.F. **Psicoterapia. Caminhos e alternativas**. São Paulo, Sarvier, 1985.

DAVIS, W.K.; OH, M.S.; ANDERSON, R.M.; GRUPPEN, L.; NAIRN, R. Influence of a highly focused case on the effect of small-group facilitators' content expertise on students' learning and satisfaction. **Academic Medicine**, v.69, no 8, august, 1994.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo, Atlas. 3 ed., 1995.

LEME, M.A V.S.; BUSSAB, V.S.R.; OTTA, E. A representação social da Psicologia e do psicólogo. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, no 1, 1989.

LIMA, G.M. **O psicodrama como instrumento de avaliação de ações comunitárias**. Ribeirão Preto, 93p. Monografia (Especialização em Psicodrama) Instituto de Psicodrama de Ribeirão Preto, 2001 a.

LIMA, G.M.. **O psicodrama como investigação qualitativa em programas de promoção á saúde**. Ribeirão Preto, 2001, 126 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Pública) escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

FARR, R.M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) **Psicologia Social. Textos em representações sociais**. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 7ª ed., 2002. 323p., Parte 1, p.31-59.

FEIL, D.; KRISTIAN, M.; MITCHELL, N. Older Medical Students' Performances at McGill University. **Academic Medicine**, v.73, no 1, jan. 1998.

FERNANDES, J.M; CIANFLONE, A.R.L. O Núcleo de Apoio Psicopedagógico da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, V.24, Nº 2, p. 112-127, abr-jun 1991.

FERNANDEZ, J.M; RODRIGUES, C.R.C. Estudo retrospectivo de uma população de estudantes de medicina atendidos no ambulatório de clínica psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Revista Medicina**, V.26, Nº 2, p.258-269, abr/jun. 1993.

FIGUEIREDO, J.F.C., RODRIGUES, M.L.V., CIANFLONE, A.R.L., COLARES, M.F.A. Contribuição de diferentes atividades para o processo de aprendizagem de alunos de medicina. **Revista Medicina** -Ribeirão Preto 29(4):383,1996.

FIGUEIREDO, J.F.C., RODRIGUES, M.L.V., TRONCON, L.E.A., CIANFLONE, A.R.L. Influence of gender on specialty choices in a brazilian medical school. **Academic Medicine** 72:68-70,1997.

FILHO, J.M. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

FOLSE, M.L.; DA ROSA, D.A; FOLSE, R. The relationship between stress and attitudes toward leisure among first-year medical students. **J. Med. Educ.**, v.60, p. 610-61, Aug., 1985.

GARCIA, O.A. Psicodrama. Trad. De Liana Di Marco In: OSÓRIO, L.C. e colab. **Grupoterapia hoje**, 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. Cap. 14, p. 203- 348.

GOMES, R.; MENDONÇA, E.A; PONTES, M.L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, no 5, Rio de Janeiro, set/out. 2002.

GÓMEZ, M.P.; FLORES, L.A ; GUERRA, E.A Perfeccionamiento Del processo docente em medicina y su posible impacto en la orientación profesional. **Revista Cubana Educação Médica Superior**, v.15, no 3, set-dez, 2001.

GUARESCHI,P.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) **Psicologia Social. Textos em representações sociais**. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 7ª ed., 2002. 323p.

HAMANN, E.M. O sociodrama pedagógico e a educação em saúde: possibilidades de diálogo e compartilhamento de saberes e de práticas. **Linhas Críticas**, v.4, n.7-8, jul/98 a jun/99.

HOIRISCH, A. Identidade Médica. In: FILHO, J.M. (ed.) **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. Parte 2, cap. 7, p. 70-73.

IGNARRA, R.M. **As representações sociais de estudantes de medicina sobre a profissão médica**. São Paulo, 2002, 208p. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

JACQUES, M.G.C.; STREY, M. N.; BERNARDES, N.M.G.; GUARESCHI, P.A.; CARLOS, S.A.; FONSECA, T.M.G. **Psicologia Social Contemporânea. Livro-Texto**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1998. 262p.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: GUARESCHI,P.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) **Psicologia Social. Textos em representações sociais**. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 7ª ed., 2002. 323p., Parte 1, p.63-85.

JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”. In: GUARESCHI,P.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) **Psicologia Social. Textos em representações sociais**. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 7ª ed., 2002. 323p. Parte III, p.297-322.

KAUFMAN,A. **Teatro Pedagógico. Bastidores da iniciação médica**. São Paulo, Agora, 1992.

KELLERMAN, P.F. Sociodrama. **Revista Brasileira de Psicodrama**. v.6, n.2, 1998.

KIRA, C.M., MARTINS, M.A. O ensino e o aprendizado das habilidades clínicas e competências médicas. **Rev. Med. FMRP**, v.29, n.4, p. 407-413, out./dez., 1996.

KVASNICKA, J.H.; HARRIS, I.B.; YTTERBERG, S.R. using a student advisory group for curriculum assessment. **Academic Medicine**, v.70, no 5, May, 1995.

LACERDA, M.; PEREIRA, C.; CAMINO, L. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v.15, n.1, Porto Alegre, 2002.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Fundação Universidade de Caxias do Sul, EDUCS, 2000, 138p.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A.M.C. **O Discurso do Sujeito Coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. Editora da universidade de Caxias do Sul, EDUCS, 2003, 256p.

LETELIER, L. Notas metodológicas: entre grupos de conversação (groups discusion) e as intervenções focalizadas (focus groups). **Política e Trabalho**, n. 12, set, 1996. pp. 164-174.

LIMA, M.C.P. O psicodrama e o ensino médico: reflexões a partir de uma experiência prática. **Rev. Bras. de Psicodrama**, v.5, n.1, 1997.

MACHADO, M.H. (Coord.). **Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997, 244p.

MARCONDES, E.; GONÇALVES E. L. **Educação Médica**. São Paulo, Sarvier, 1998, 409p.

MARTIM, E.G. **J.L.Moreno: Psicologia do encontro**. Trad. de Maria de Jesus A Albuquerque. São Paulo, Livraria Duas Cidades LTDA, 1984.

MARTINS, M.C.F.N. Cuidando do futuro cuidador. In: MARCO, M.A (org.). **A face humana da Medicina. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003. Parte III. P.87-92.

MARINO, M.J. O grupo no processo educativo. **Linhas Críticas**, v.4, n.7-8, jul/98 a jun/99.

MAUDSLEY, G. Roles and responsibilities of the problem based learning tutor in the undergraduate medical curriculum. **British Medical Journal**, March 6, v.3, p.657, 1999.

MAURO, J.E.M.; NOGUEIRA, A. R. FMRP-USP- Primeiros tempos, através dos documentos e pela voz de seus construtores. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC-EDITORA, 2004.

MELEIRO, A.M.A.S. **O médico como paciente**. São Paulo, Lemos Editorial, 1999.

MILLAN, L.R.; MARCO, O.L.N.; ROSSI, E.; MILLAN, M.P.B.; ARRUDA, P.V. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. **Rev. ABP. APAL**, v.13, n.4, p. 137-142, 1991.

MILLAN, L.R.; ROSSI, E.; MARCO, O.L.N. A procura espontânea de assistência psicológica pelo estudante de Medicina. **Rev. ABP – APAL**, v.17, n.1, p. 11-16, 1995.

MILLAN, L.R.; DE MARCO, O.L.N.; ROSSI, E.; ARRUDA, P.C.V. **O universo psicológico do futuro médico**. São Paulo, casa do Psicólogo, 1999.

MILLER, G.E. (org.) **Ensino e aprendizagem nas escolas médicas**. Trad. Maria Helena Caldas de Oliveira. São Paulo, Editora Nacional, 1967. 330 p.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, R.J., Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 255 p.

MIYAZAKI, M.C.O.S. **Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários**. São Paulo, 1997. 150p. Tese (Doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

MORENO, J.L. **Quem sobreviverá? Fundamentos da Sociometria, Psicoterapia de grupo e Sociodrama**. Trad. de Alessandra Rodrigues de Faria, Denise Lopes Rodrigues, Márcia Amaral Kafuri. Goiânia, Ed. Dimensão, 1992. V. 1, 220p.

MORGAN, D.L. **Focus groups as qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. V.16. 2ª ed. SAGE Publications LTDA. Thousands Oaks, Califórnia, 1997.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.291p.

MUNIZ, J.R.; CHAZAN, L.F. Ensino de Psicología Médica. In: FILHO, J.M. (ed) **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. Parte 2, cap. 3, p. 37-44.

MURTHA, S.; TAKAYAMA, J.; O'NEIL, E.H. Insights into Medical Students' Career Choices Based on Third-and Fourth-yr Students Focus-group Discussions. **Academic Medicine**, v.72, no 7, july, 1997.

NAFFAH NETO, A. **Psicodrama. Descolonizando o imaginário. Um ensaio sobre J. L. Moreno.** São Paulo, Ed. Brasiliense. 1979

NEUFELD, V.R.; MAUDSLEY, R.F.; PICKERING, R.J.; TURNBULL, J.M.; WESTON, W.W.; BROWN, M.G.; SIMPSON, J.C. Educating future physicians for Ontario. **Academic Medicine**, v.73, no 11, November, 1998.

NUNES, C.M.; ANDRADE, A S. A supervisão escolar como proposta coletiva de trabalho. **Vertentes**, Editora da Fundação Universidade de São João Del Rei, 6: 81-87, 1995.

NUNES, C.M.; ANDRADE, A S. Em busca da melhoria do ensino na 1ª série do 1º grau através da supervisão escolar: uma proposta coletiva de trabalho inspirada nos princípios do psicodrama de J.L Moreno. In: GOYOS, AC.; ALMEIDA, M.A.; SOUZA, D. (Orgs). **Temas em Educação Especial III**, São Carlos, Ed. Da UFSC, p. p.443-450, 1996.

OLIVEIRA, F.O; WERBA, G.C. Representações sociais. In: JACQUES, M.G.C.; STREY, M. N.; BERNARDES, N.M.G.; GUARESCHI, P.A.; CARLOS, S.A. **Psicologia Social Contemporânea. Livro-Texto.** 3ª ed. Editora Vozes, Petrópolis, RJ. 1999. Parte 2, p.104-117.

OLIVEIRA, D.C.; SÁ, C.P.; FISCHER, F.M.; MARTINS, I.S.; TEIXEIRA, L.R. Futuro e Liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.6, no 2, jul/dez. 2001.

FONSECA, T.M.G. **Psicologia Social Contemporânea. Livro-Texto.** Petrópolis, RJ, Vozes, 1999. 262p. Parte 2, p.104-117.

OSÓRIO, L.C. e colab. **Grupoterapia hoje.** 2ªed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

PASQUALIM, L. **O médico, a criança com deficiência e sua família: o encontro das deficiências.** Ribeirão Preto. 1998, 169p. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

PEDROSA, M.A.L. Reflexões sobre Michael Balint. Comunicando uma experiência de grupos. In: FILHO, J.M. **Psicossomática hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. Parte III, cap.14, p. 152-154.

PEREZ, J.E.; PEEL, J.L. Student focus groups: feedback on Basic Science Courses. **Academic Medicine**, v.70, no 5, May, 1995.

PRADO, W.A. Desenvolvimento e implantação da nova estrutura curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: dificuldades e avanços. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, n.4, out/dex. 1996.

QUEIROZ, M.S. Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 25 (4): 318-325, 1991.

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n.2, Rio de Janeiro, abr/jun. 2000.

RADCLIFFE, C.; LESTER, H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. **Medical Education**, 37: 32-38, 2003.

RATHBUN, J. Helping medical students develop lifelong strategies to cope with stress. **Academic Med.**, v.70, n.11, p. 955-956, Nov. 1995.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; LIMA, M. C. P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, no 11, p.107-116, agosto/ 2002.

RIBEIRO, D.F. **Recriando o papel profissional: o cuidado a pacientes HIV positivo: uma proposta de role-playing**. Ribeirão Preto, 52p. Monografia (Especialização em Psicodrama) Instituto de Psicodrama de Ribeirão Preto, 2000.

ROCCO, R.P. Relação estudante de medicina-paciente. In: FILHO, J.M. (ed.) **Psicossomática hoje**. Porto alegre, Artes Médicas, 1992. Parte II, cap. 4, p. 45-56.

RODRIGUEZ, M.A P.; CERDÁ, J.C.M. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. **Aten. Primaria**, 15 de Abril, 29 (6): 366-373, 2002.

ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. (Org.) **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto, Legis Summa, 1998, 178 p.

ROMAÑA, M.A **Psicodrama Pedagógico**. 2ª ed. Campinas, SP, Papirus, 1987.

ROMAÑA, M. **A Construção coletiva do conhecimento através do psicodrama**. Campinas, SP, Papirus, 1992.

ROMAÑA, M.A **Do psicodrama pedagógico à pedagogia do drama**. Campinas, SP, Papirus, 1996.

ROMAÑA, M.A Desenvolvendo um pensamento vivo mediante uma didática sócio psicodramática. **Linhas Críticas**, v.4, n.7-8, jul/98 a jun/99.

ROSINHA, M.U. Psicodrama como instrumento didático na Universidade. **Revista Brasileira de Psicodrama**. v.7, n.2, 1999.

RUSSO, L. Sobre grupos. **Rev. Brás. de Psicodrama**. v.4, fasc. II, 1996.

SADE, R.M.S.; ANDRADE, A S. O projeto pedagógico de uma instituição educacional para pessoas com condutas atípicas. In: MANZINI, E.J. (Org.) **Educação Especial: temas atuais**, Marília, UNESP, Marília Publicações, p.141-152, 2000.

SILVA, R.C. A falsa dicotomia Qualitativo-Quantitativo: Paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. In: ROMANELLI, G. (org.); BIASOLI-ALVES, Z.M. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**, Ribeirão Preto, Legis Summa, 1998. 178p. Parte II, cap. 8, p.159-174.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**. São Paulo, HUCITEC, 1993.

SOARES, M.S. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **História, Ciência e Saúde**, v.8, n.2, Rio de Janeiro, jul/ago. 2001.

SOUZA, A M. P.; ARAÚJO, M.L. Sociodrama, saúde e educação. **Linhas Críticas**, v.4, n.7-8, jul/98 a jun/99.

SOUZA, A N. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6. no 1, São Paulo, 2001.

SOTOLONGO, M. N.; MICHELENA, N.R.; HORTA, F.B. Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. *Educación Médica Superior*, 17 (3), 2003.

SPINK, M.J.P.; CARVALHEIRO, J.R. Os múltiplos sentidos das vacinas para a AIDS. **Psicologia USP**, v.13, no 1, São Paulo, 2002.

SPINK, M.J.P. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) **Psicologia Social. Textos em representações sociais**. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 7ª ed., 2002. 323p., Parte II, p.117-145.

SPINK, M.J.P. (Org.) **O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1993.

SPINK, M.J.P. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo, Cortez, 2000. 296p.

SPINK, M.J. O autor responde. **Caderno de Saúde Pública**, v.17, n.6, Rio de Janeiro, nov/dez. 2001.

STACCIARINI, J.M.; ANDRAUS, L.M.S.; ESPERIDIÃO, E.; NAKATANI, A K. Quem é o enfermeiro? **Revista eletrônica de Enfermagem** (Online), Goiânia, v.1, n.1, out/dez, 1999. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>

SCHULZE, C.M.N. Social Representation of the Universe- A study with doctors in human and natural sciences. Papers on Social Representations. **Textes sur les représentations sociales**, 8, 1999.

TRINDADE, J.C.S.; PRIGENZI, L.S. Instituições universitárias e produção do conhecimento. **São Paulo Perspectiva**. v.16, no 4, São Paulo, out/dez, 2002.

TRONCON, L.E.A., CIANFLONE, A.R.L., RODRIGUES, M.L.V., PICINATO, C.E., PERES, L.C., FIGUEIREDO, J.F.C. **Avaliação terminal de competências dos graduandos em medicina: relato da experiência inicial da FMRP-USP**. Gráfica Canavacci, Ribeirão Preto, 1996, 118p

TRONCON, L.E.A.; CIANFLONE, A.R.L.; MARTIN, C.C.S.; ALESSI, N.P.; BAVA, M.C.G.C.; MENEGUELLI, U.G. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES E. L. **Educação Médica**. São Paulo, Sarvier, 1998, 409p. Parte II, p.99-114.

TRONCON, LEA; FIGUEIREDO, JFC; RODRIGUES, MLV, PICCINATO, CE; PERES, LC; CIANFLONE, ARL; COLARES, MFA. Extracurricular research activities and academic performance of medical students. **Medical Teacher** 20(1):60, 1998.

TRONCON, L.E.A; FIGUEIREDO, J.F.C.; RODRÍGUEZ, M.L.V.; PERES, L.C.; CIANFLONE, A.R.L.; COLARES, M.F.A. Implantação de um programa de avaliação terminal de desempenho dos graduandos para estimar a eficácia do currículo na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.45, n. 3, p. 217-224, 1999.

TRONCON, L.E.A.; COLARES, M.F.A; FIGUEIREDO, J.F.C.; CIANFLONE, A.R.L.; RODRIGUES, M.L.V.; PICCINATO, C.E.; PERES, L.C. Atitudes de graduandos em medicina em relação a aspectos relevantes da prática médica. **Rev. Bras. Educ. Méd.** v.27, no 1, jan/abr, 2003.

TOZZI, M. L'enfant n'a pas de représentations, il est ses représentations. **Lês Cahiers pédagogiques**. Mars 1993.

TORRE-CISNEROS, J.; CAMACHO, A.; LÓPEZ-MIRANDA, J.; SÁNCHEZ-GUIJO, P.; JIMÉNEZ, F.P. El proceso docente de adquisións de habilidades clínicas em la Universidad de Córdoba: una autoevaluación de los alumnos. **Educação Médica**, 6(2): 117-122, 2003.

ZIMMERMAN, D.E. A formação psicológica do médico. In: MELO FILHO, J. (ed.) **Psicossomática hoje**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1992. Parte 2, cap. 6, p. 64-69.

ZIMMERMAN, D.E. Técnicas grupais aplicadas ao ensino medico. In: OSÓRIO, L.C. e colab., **Grupoterapia hoje**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1989. cap. 14, p. 349-358.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia. Fundamentos e recursos básicos**. Editora Moraes, EDUC – Editora da PUC-SP, São Paulo, 1989.

VAUGHN, S.; SCHUMM, J.S.; SINAGUB, J. **Focus group interviews in education and psychology**. SAGE Publications, Thousand Oaks London New Delhi, 1996.

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
CENTRO DE APOIO EDUCACIONAL E PSICOLÓGICO

NOTA EXPLICATIVA

Muitos estudos no campo da Medicina têm demonstrado que atividades de trabalho grupal podem contribuir para uma reflexão mais consciente acerca da profissão médica, pois pode permitir ao aluno, a compreensão de um papel profissional que está em desenvolvimento. Nesse sentido, quanto mais precoce for a compreensão e detecção dessas dificuldades, melhor será a resolução dos conflitos vividos durante a formação médica.

Este questionário tem por objetivo principal colher algumas informações sobre como você, até o momento, está vivenciando o período do ciclo básico. Além disso, pretende-se obter o nível de interesse dos estudantes, em participarem de atividades grupais, coordenadas por mim, que servirão para se discutir questões relacionadas ao básico, e ao papel profissional do médico.

Este questionário portanto, é um pré inquérito, para verificar o grau de interesse dos estudantes de medicina do 2º e 3º anos, em participarem de grupos de discussão, desenvolvidos no CAEP. Esses grupos constarão de 5 reuniões iniciais, que posteriormente poderão se estender para um número maior. Não é necessário que o aluno se identifique, somente no caso dele apresentar algum interesse em participar da atividade proposta, deverá preencher alguns dados de identificação, para que se possa fazer um contato.

Atenciosamente

Maria de Fátima Aveiro Colares
Psicóloga do CAEP

I - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

IDADE: _____ anos SEXO: Masculino () Feminino: ()

ESTADO CIVIL: Solteiro () Casado: () Outros: ()

RELIGIÃO: _____

PROCEDÊNCIA:

- Ribeirão Preto: ()
- Cidades da Região de Ribeirão Preto (até 150 Km) ()
- Outras cidade do interior de São Paulo ()
- São Paulo – Capital ()
- Outros Estados ()
- Outros países ()

PROFISSÃO DO PAI: _____

ESCOLARIDADE DO PAI: _____

PROFISSÃO DA MÃE: _____

ESCOLARIDADE DA MÃE: _____

Para responder às questões II e III, oriente-se pelo esquema abaixo:

1-Boa 2- Muito boa 3- Satisfatória 4- Ruim 5- Muito ruim

II- Como você consideraria no geral, a sua experiência acadêmica até o momento.()

III- Anote a frente de cada item, a alternativa que melhor corresponder ao que você vivenciou até agora no curso médico:

-Carga horária do curso.....()

-Atividades em sala de aula ()

-Atividades práticas ()

-Exigência das avaliações ()

-Desempenho nas provas.....(...)

- Relacionamento interpessoal (com colegas) ()
- Relacionamento interpessoal (com professores). ()
- Dúvidas vocacionais ()
- Atividades de pesquisa (iniciação científica).....(...)
- Monitoria.....(...)
- Relação entre as atividades do básico com a profissão médica...(...)
- Atividades extracurriculares(ligas, CA, AARL, etc).....(...)

IV- Você considera importante que os alunos tenham um espaço para discussões em grupo, sobre as dificuldade de adaptação ao ciclo básico?

Sim () não () não sei ()

V- Você acha importante que se discuta no ciclo básico, questões relativas ao papel profissional do médico?

Sim () não ().....não sei ()

VI- Se você estiver interessado em participar da atividade grupal que está sendo proposta, preencha os dados solicitados abaixo, que será feito um contato nos próximos dias.

NOME_____

ENDEREÇO:_____

TELEFONE:_____

E-MAIL:_____

VI- Se você respondeu a questão anterior, preencha abaixo sua disponibilidade de horário para um primeiro contato.

() 12:00-13:00 hs () 17:00- 18:00 () 18:00- 19:00 ()
outro_____

Plano da 1ª entrevista em grupos focais

Tema 1: A escolha pela Medicina

1- Esclarecimentos gerais sobre o estudo (Objetivos)

. Proposta de intervenção no ciclo básico

.Inicialmente ter um retrato da situação, a representação dos alunos sobre o ciclo básico

.Inicialmente grupos homogêneos

.Ajudar o estudante de medicina nos primeiros anos do curso, em relação ao desenvolvimento do seu papel profissional

.Mobilizar a exteriorização de sentimentos e posturas mais críticas e reflexivas sobre o papel profissional

-. Entrega do Termo de consentimento pós informação e esclarecimentos adicionais, bem como assinatura do termo (Resolução 196/96).

- Tema abordado nesse dia: **As razões que motivaram a escolha profissional pelo curso médico.**

Verbalização livre dos alunos sobre o tema em questão.

Plano da 2ª entrevista em grupos focais

Tema 2: Dificuldades vivenciadas até o momento no ciclo básico.

-Sub temas:- acadêmicos/pessoais,moradias,relações interpessoais,carga horária,disciplinas do básico,relacionamento professor aluno,relacionamento aluno aluno,relacionamento, funcionário aluno

-Fechamento: síntese do que foi falado,o que prevalece hoje em dia,é generalizado para outros?o que é majoritário/minoritário? (Idem)

Plano para a 3ª reunião de grupos focais:

Tema 3: O papel do médico

Tema 4: Os grupos reflexivos

- Tipo de médico pretender ser (representação que tem do médico, do papel de um médico)
- Como deve ser o bom profissional médico (perfil de um bom médico)

Tema 4: Os grupos reflexivos

- Experiência em atividades grupais (há falta ou não?!)
- Expectativas quanto ao trabalho a ser desenvolvido
- Sugestões de temas para os grupos
- Em que essa atividade pode ajudar
- As atividades do grupo como facilitadoras das relações interpessoais
- Os grupos podem contribuir para uma vivência do papel de médico?
- Ouvir as possíveis vantagens e desvantagens dessa atividade (Idem)

ANEXO C**ESCLARECIMENTOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA****1- Nome da pesquisa**

Reflexões e vivências de estudantes de medicina através do sociodrama educacional.

2-Pesquisador responsável : Maria de Fátima Aveiro Colares

CRP Nº: 06/ 25772-7

3-Orientador responsável: Prof. Dr. Antônio dos Santos Andrade**4- Descrição das informações que deverão ser obrigatoriamente prestadas aos participantes da pesquisa.**

Você está participando de um estudo, que pretende através de técnicas de trabalho grupal, proporcionar aos estudantes de medicina, um espaço para as vivências acerca das dificuldades apontadas durante a formação médica. É importante destacar que durante o curso médico, particularmente no início, são muitas as expectativas trazidas frente à profissão, e à medida que as dificuldades acadêmicas começam a surgir, podem provocar períodos confusos frente a esta adaptação acadêmica. Desta forma, a proposta do trabalho grupal, pretende favorecer alguns aspectos referentes a essa fase tais como: proporcionar um espaço para se discutir aspectos inerentes à formação médica, ao papel do médico e facilitar a dinâmica das relações interpessoais entre os alunos. O estudo possui três etapas: 1) entrevista em grupo (5 reuniões); 2) abordagem do trabalho grupal e 3) entrevista final, em grupo, para avaliação do processo vivido. Você poderá participar de todas as fases do estudo, Não há previsão de desconfortos e riscos para esta modalidade de estudo, no entanto você poderá se retirar da atividade a qualquer momento, sem prejuízo da mesma. Tanto as entrevistas em grupo, como as atividades do trabalho grupal, serão gravados, com a sua anuência. Será mantido o sigilo referente à sua participação no estudo, e seu nome não será divulgado, no caso de publicação ou exposição do referido trabalho.

DATA: _____

Maria de Fátima Aveiro Colares
Telefone para contato: 6023195 ou 6023352

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO

EU _____ abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam do documento “ESCLARECIMENTOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA”, de que trata o Projeto intitulado: “*Reflexões e vivências de estudantes de medicina através do sociodrama educacional*”, que tem como pesquisador responsável a Sra. *Maria de Fátima Aveiro Colares*, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serão utilizados, aos riscos e aos benefícios, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas, a seguir relacionadas:

- 1- A garantia de receber esclarecimentos a qualquer etapa do trabalho, dos riscos e benefícios que a técnica utilizada poderá trazer.
- 2- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso traga prejuízo à continuidade do trabalho.
- 3- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade.
- 4- O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do aluno