

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

MEDICINA:

REPRESENTAÇÕES DE ESTUDANTES SOBRE A PROFISSÃO

REGINA MARIA IGNARRA

**Tese de Doutorado
Departamento de Prática de Saúde Pública
Área de Concentração – Serviço de Saúde Pública**

ORIENTADOR: Prof. Dr. FERNANDO LEFÈVRE

São Paulo

2002.



Í N D I C E

ITEM	HISTÓRICO	PG.
	RESUMO	2
	SUMMARY	3
	INTRODUÇÃO	4
	CAPÍTULO I: MEDICINA E EDUCAÇÃO MÉDICA.	6
1.1.	A MEDICINA COMO PROFISSÃO.	6
1.2.	A MEDICINA COMO PROFISSÃO NO BRASIL.	8
1.3.	ENSINO MÉDICO: EVOLUÇÃO, DILEMAS E PROPOSTAS.	19
	CAPÍTULO II: RESGATANDO REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.	33
2.1.	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A CONTRIBUIÇÃO DE BOURDIEU.	33
2.2.	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO - UMA ESTRATÉGIA PARA A CAPTAÇÃO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.	41
2.3.	A PESQUISA EXPLORATÓRIA.	43
2.3.1	A SESSÃO DEVOLUTIVA.	52
2.4.	INSTITUIÇÕES DE ENSINO PESQUISADAS OU CARACTERIZAÇÃO DAS UNIVERSIDADES PARTICIPANTES.	56
2.5.	SUJEITOS DA PESQUISA.	58
2.6.	INSTRUMENTOS.	59
2.7.	TRATAMENTO DE DADOS.	61
	CAPÍTULO III: DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - UMA INCURSÃO NO UNIVERSO SIMBÓLICO DE ESTUDANTES DE MEDICINA.	66
3.1.	DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO REFERENTES À QUESTÃO 1: POR QUE VOCÊ ESTÁ FAZENDO O CURSO DE MEDICINA?	66
3.1.1.	O DISCURSO DA VOCAÇÃO.	70
3.1.2.	O DISCURSO DA AJUDA AO PRÓXIMO.	71
3.1.3.	O DISCURSO CIDADÃO.	74
3.1.4.	O DISCURSO DA INCLINAÇÃO PARA AS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS.	75

Í N D I C E

ITEM	HISTÓRICO	PG.
3.1.5.	O DISCURSO DO DESAFIO DE CURAR E SALVAR VIDAS.	76
3.1.6.	O DISCURSO DA INFLUÊNCIA FAMILIAR.	78
3.1.7.	O DISCURSO DO STATUS SOCIAL E FINANCEIRO.	78
3.2.	DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO REFERENTES À QUESTÃO 2: QUAL A MAIOR QUALIDADE DE UM MÉDICO?	79
3.2.1.	O DISCURSO DO RELACIONAMENTO HUMANO COM O PACIENTE.	82
3.2.2.	O DISCURSO DA CAPACIDADE DE CURAR E SALVAR VIDAS.	83
3.2.3.	O DISCURSO DO ALTRUÍSMO.	84
3.3.	DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO REFERENTES À QUESTÃO 3: QUAL É O PIOR DEFEITO DE UM MÉDICO?	84
3.3.1.	O DISCURSO CONTRA A FALTA DE CONSIDERAÇÃO COM O PACIENTE.	86
3.3.2.	O DISCURSO CONTRA A ARROGÂNCIA E PREPOTÊNCIA.	87
3.3.3.	O DISCURSO CONTRA A GANÂNCIA.	88
3.4.	DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO REFERENTES À QUESTÃO 4: QUAL A PRINCIPAL RESPONSABILIDADE DE UM MÉDICO?	88
3.4.1.	O DISCURSO DO RELACIONAMENTO HUMANO COM O PACIENTE.	90
3.4.2.	O DISCURSO DA VIDA E DA QUALIDADE DE VIDA.	91
	CONCLUSÕES	92
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	97
	ANEXOS	
I	QUESTIONÁRIO APLICADO EM 1999 E 2000.	1
II	DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO: PESQUISA EXPLORATÓRIA.	2
III	DISCURSOS GERADOS A PARTIR DAS RESPOSTAS DA SESSÃO DEVOLUTIVA DE 2000.	14
IV	CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA DA UMC.	18
V	CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA DA FCMSCSP.	20
VI	QUESTIONÁRIO APLICADO EM 2001.	25
VII	CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.	26

Í N D I C E

ITEM	HISTÓRICO	PG.
VIII	EXEMPLO DE TRATAMENTO DOS DADOS DA LISTAGEM DAS RESPOSTAS DO 1.º ANO DA UMC À QUESTÃO 1.	27
IX	EXEMPLO DE TRATAMENTO DE DADOS: EXPRESSÕES CHAVE, IDÉIAS CENTRAIS E DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO, DA FCMSCSP - 5.º ANO.	32
X	EXPRESSÕES-CHAVE E IDÉIAS CENTRAIS - QUESTÃO:1.	50
XI	EXPRESSÕES-CHAVE E IDÉIAS CENTRAIS - QUESTÃO:1.	73
XII	EXPRESSÕES-CHAVE E IDÉIAS CENTRAIS - QUESTÃO:1.	86
XIII	EXPRESSÕES-CHAVE E IDÉIAS CENTRAIS - QUESTÃO:1.	96

RESUMO

O trabalho Medicina – representações sociais de estudantes sobre a profissão – é um estudo sociológico que objetiva investigar, no espaço simbólico de grupos de estudantes de medicina, as representações sociais que conformam as maneiras pelas quais a profissão é percebida e sentida e os significados que orientam as disposições desses grupos para a ação no campo profissional. Pretende contribuir para a formulação de propostas de aperfeiçoamento do ensino médico que levem em conta o conhecimento da subjetividade do estudante como objeto da formação profissional.

Situa historicamente a constituição da medicina como profissão e as suas formas de inserção no mercado de trabalho no Brasil, bem como a evolução do ensino médico, seus impasses e propostas atuais de reformulação.

Desenvolve-se a partir de material empírico obtido através de questionários respondidos por 162 estudantes de medicina de duas instituições de ensino superior da Capital e da Grande São Paulo. Utiliza-se de categorias de análise criadas a partir da estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo, que se constitui na recuperação da fala coletiva através da desparticularização de discursos individuais. Resulta na construção de Discursos do Sujeito Coletivo, cujos temas centrais são a vocação, a ajuda ao próximo, o desafio de curar e salvar vidas e o relacionamento humano com o paciente. Analisa aspectos de conservação e transformação dessas representações e o contraste entre elas e a realidade do exercício da profissão hoje no Brasil.

SUMMARY

This work *Medicina – social representations on the profession by students* – is a sociologic study that aims to investigate, in the symbolic realm of medical school student groups, the social representations that conform the ways the profession is perceived and felt and the meanings that guide the dispositions of such groups to act in the professional field. It intends to contribute to the presentation of proposals for the of improvement of the medical learning that take into account the knowledge of the student subjectivity as an object of the professional formation.

It places historically the medicine constitution as a profession and its forms of insertion in the Brazilian work market, as well as the evolution of the medical teaching, its stalemates and current proposals of reformulation.

It develops from the empirical material obtained through forms answered by 162 medical students from two institutions of higher learning from the Capital and The Greater São Paulo. It utilizes categories of analysis created from a methodological strategy of the Collective Subject Discourse, which is constituted by the recovery of the collective speech through the de-individualization of individual speeches. It results in the construction of the Collective Subject Discourse, whose central themes are the inclination, the help to neighbors, the challenge to heal and save lives and the human relationship with the patient. It analyses aspects of the conservation and transformation of these representations and the contrast between them and the reality of the professional practice in Brazil today.

INTRODUÇÃO

A educação médica tem sido tema de muitos estudos nas últimas décadas em toda a América Latina. No Brasil, desde 1991 entidades representativas da categoria médica, de docentes do ensino superior e de estudantes universitários vêm se reunindo para avaliar currículos de cursos de medicina e propostas de reformulação. O debate é alimentado pela necessidade de atender às novas demandas sociais atuais na área da saúde e mais especificamente na da assistência médica.

Este estudo, que sistematiza uma experiência de investigação da subjetividade do estudante de medicina, é uma contribuição ao processo de renovação do ensino. Relaciona-se a um dos componentes da proposta da Comissão Interinstitucional de Ensino Médico, que estabelece como diretriz do ensino o entendimento do aluno como sujeito do processo de construção de sua autonomia.

Atender a essa diretriz envolve, além novos materiais didáticos e novos espaços de ensino, o conhecimento de quem é o aluno que se quer educar, através de investigação de conceitos, preconceitos e fantasias sobre a profissão com as quais o aluno ingressa na universidade, situando-as no campo simbólico da profissão médica.

O estudo se baseia na Teoria das Representações Sociais e nas formulações sociológicas de Bourdieu. A investigação das representações sociais de estudantes de medicina sobre a profissão nos remete a dois temas interligados:

Primeiro, a história da constituição da medicina como profissão moderna e a realidade atual da profissão médica no Brasil, pois o conhecimento das mudanças que se processaram na forma de atuar e na inserção do médico no mercado de trabalho é importante suporte para a discussão das concepções de alunos sobre a profissão que escolheram.

Segundo, a situação da educação médica e das propostas de sua reformulação, na expectativa de contribuir para elucidar um aspecto da educação médica, o manejo das concepções que o aluno traz para o curso no sentido de integrá-los no processo como sujeitos de sua formação.

As representações sociais, que são entidades sociais, precisam ser descritas, explicitadas, apresentadas sob alguma forma, tendo como base o material empírico dos pensamentos individuais. Para a captação das representações sociais, é utilizada a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo, uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas na forma de discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso.

A pesquisa foi realizada na Universidade de Mogi das Cruzes e na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, constituindo-se num estudo comparativo das representações sociais de alunos de primeiro e de quinto anos das duas instituições de ensino.

Revelou a presença de valores próprios de uma visão artesanal da atividade médica, no universo simbólico dos sujeitos. Valores que se contrapõem ao assalariamento massivo dos médicos, ao aumento expressivo do número de profissionais formados nas últimas décadas e as conseqüências do progresso tecnológico, como a multiplicação das especialidades e a necessidade do médico se adaptar o trabalho grupal.

A análise da presença desses valores tradicionais nas representações sociais dos alunos, não só ingressantes no curso como também os dos últimos anos, conclui pela possibilidade de tomá-las como objeto de conhecimento no meio acadêmico e como instrumento educativo no processo de formação do médico.

CAPÍTULO I: MEDICINA E EDUCAÇÃO MÉDICA.

1.1. A MEDICINA COMO PROFISSÃO

A existência de um corpo esotérico de conhecimentos e a orientação de um ideal de serviço são considerados consensualmente pelos principais teóricos da área como atributos para se definir profissão. Nessa perspectiva, entende-se como profissões, por exemplo, a medicina, a advocacia, a engenharia, o clero e o professor universitário. São consideradas semiprofissões as exercidas por farmacêuticos e enfermeiros, nas quais inexiste, além de um corpo de conhecimento específico, um mercado de trabalho inviolável. Existem também as profissões que ainda não adquiriram status e perfil bem definidos e que são consideradas apenas como categorias em processo de profissionalização, como a sociologia, a psicologia e as ciências da computação. A possibilidade de negociar com uma clientela específica é fator fundamental para definir o verdadeiro profissional (MACHADO 1995).

A uniformidade e a coesão de um grupo profissional dependem da adesão de seus membros ao seu sistema de valores. Embora essa adesão ocorra também espontaneamente, é reforçada pelas organizações profissionais formais, que se encarregam de garanti-la por meio do controle das ações com base nos códigos éticos, prevenindo os desvios de comportamento através de sanções legais. A medicina possui os principais atributos das profissões nobres ou tradicionais: "O monopólio de uma área específica de atividade, a partir de prolongada formação intelectual, um sistema particular de valores que legitima e sustenta padrões de comportamento, em cujo núcleo se encontram o ideal de serviço e o ideal de autonomia" (DONNANGELO 1972, pg. 141).

A prática médica moderna, assim como ocorreu com as demais práticas sociais pré-capitalistas, constituiu-se pela uniformização e unificação de diferentes trabalhos de mesma finalidade social existentes no período anterior. Uma grande diversidade de práticas "curadoras" ou "artes de curar" existentes até o final

do século XVIII, baseadas em diferentes explicações sobre as doenças, foram unificadas na prática médica, conferida exclusivamente ao médico, com uma forma de saber também unificada, a ciência das doenças, ministrada pela escola médica.

Outras profissões passaram por esse processo de unificação e uniformização dos trabalhos com a mesma finalidade social, seguida da segmentação do processo de produção e da conseqüente perda do controle da execução dos trabalhos pelo trabalhador, que passa a obedecer a um comando exterior. Ao mesmo tempo, com a produção do conhecimento científico sobre os objetos de trabalho, separa-se a atividade manual da intelectual, perdendo assim o trabalhador o domínio do saber que fundamenta seu trabalho. O conjunto desses processos tem como resultado a destruição da arte de ofício.

No caso da medicina, porém, essa divisão não acontece. Manteve-se para os médicos o monopólio da prática médica, com a incorporação do monopólio do saber, do conhecimento das ciências médicas. O saber, desenvolvido pelas novas ciências como a Anatomia, a Fisiologia, a Patologia, etc., separou-se do saber fazer. Este ficou com a medicina moderna, que resgatou instrumentos que já existiam antes, como a anamnese, conectou historicamente os aspectos da prática liberal com os de técnica moderna e assim conservou, durante todo o século XIX e as primeiras décadas do XX, a forma "artesanal" de produção de serviços. Passa a se apresentar como "uma arte que não se ensina e, sobretudo, não se reparte, porque não terá jamais, e por essência técnica, caráter universal" (SCHRAIBER, 1993, p. 193). Esse sincretismo reforçou o prestígio e o valor social da medicina.

As inovações científicas foram gradativamente incorporadas à prática médica, não sem resistências. Na Inglaterra, ao longo do século XIX, os físicos enfatizavam a "primazia da arte clínica sobre os aportes científicos, a precedência do componente de indeterminação sobre o elemento técnico nos procedimentos terapêuticos. Os fenômenos clínicos seriam quase indefiníveis, susceptíveis de serem apreendidos apenas por uma cultivada 'mens médica' (dos físicos, obviamente) operando zelosamente ao lado da cama do paciente" (COELHO 1995 P. 41).

À medida que se intensificava o avanço científico para atender à exigência imposta pelo sistema capitalista de intervenção em escala mais ampla nas

questões de saúde, a medicina passava a incorporar na sua prática, cada vez mais, os conhecimentos das ciências biomédicas.

Como produtores diretos dos serviços que prestavam, os médicos conquistaram prestígio e valor social correspondente ao poder de autoridade intelectual e técnica. Prestígio reforçado pelo papel que assumiram nas questões de estado, como o saneamento das cidades, a recuperação da capacidade produtiva dos trabalhadores e ainda a prática normalizadora da vida em sociedade. Com base nessas características é que se constrói a representação da medicina como prática liberal, ou seja: aquela praticada pelo médico, profissional que produz e vende diretamente seus serviços, faz o seu próprio preço e atua num regime de livre concorrência no mercado. Trata-se de uma livre concorrência ilusória, pois o consumo dos serviços de saúde não é totalmente livre. É determinado no ritmo, na qualidade e na quantidade pela estrutura assistencial que a ordem médica impõe à sua clientela.

Nesse primeiro momento como prática moderna, a medicina cultivou também uma imagem de austeridade e despojamento de seus profissionais, visando distingui-los de produtores comerciais de serviços (SCHRAIBER 1993).

1.2. A MEDICINA COMO PROFISSÃO NO BRASIL

No Brasil, desde 1808, quando o país passou a ser considerado Reino Unido, começaram as mudanças no ensino médico e as ações corporativas para defesa da profissão e do mercado de trabalho. A necessidade crescente de serviços médicos e as transformações políticas do Estado brasileiro levaram à demanda de uma formação mais adequada dos profissionais e da proteção legal do seu território de trabalho. O trabalho desenvolvido por físicos e cirurgiões foi unificado nas mãos do doutor em medicina. Foi inibida a prática de curiosos e afins. Os interesses específicos da categoria médica foram defendidos por suas entidades representativas, transformando-se, no decorrer da primeira década do século XX, em normas, leis, decretos que mediam suas relações com o Estado, o mercado e a clientela. O Código de Ética Médica, de abrangência nacional, aprovado em 1965, configura definitivamente a face profissional da categoria (SANTOS 1995).

Nas primeiras décadas do século XX, no contexto da crise do café, do processo de industrialização e da emergência das classes sociais urbanas, iniciaram-se uma série de mudanças no sistema capitalista brasileiro, entre elas o desenvolvimento das funções do Estado. A necessidade de proteger a nascente força de trabalho levava o Governo a reconhecer as reivindicações de Direitos Sociais, que passaram a ser incorporados pela ação estatal, institucionalizada na época sob a forma de Previdência Social. Ela continha no seu interior "a assistência médica como principal, senão exclusiva, alternativa para a organização tradicional dos serviços de saúde sob as formas da filantropia ou do consumo em um mercado livre" (DONNANGELO 1972, p. 8).

O processo de ampliação e diversificação das categorias profissionais se desenvolve à medida que se amplia e diversifica a estrutura social e econômica brasileira em sua etapa urbano-industrial. Essas categorias são gradativamente absorvidas pela Previdência Social, em sucessivas transformações da estrutura do sistema previdenciário.

Após 1930, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que se organizavam isoladamente nas empresas a partir da Lei Eloy Chaves, de 1923, foram estendidas gradativamente a todas as novas categorias de trabalhadores. Em 1933 foi criado o Instituto de aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), dando início a um processo de transformação e ampliação das Caixas de aposentadoria e Pensão em dois sentidos. Suas bases já não eram as empresas, mas as categorias de profissionais, como marítimos, comerciários, bancários, etc, culminando com a criação do IPASE. Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado.

A administração dos IAPs não ficava mais a cargo de empregados e patrões, mas era assumida pelo governo, através da nomeação de um presidente para cada IAP e de um Conselho de Administração formado de maneira paritária por representantes das organizações sindicais de patrões e empregados.

Essas alterações representam extensão progressiva dos direitos sociais a todos os trabalhadores urbanos, uniformização dos padrões e tipos de direitos assegurados, quebra do vínculo direto entre empregado e empregador; controle do sistema previdenciário pelo Estado.

Enquanto cabiam ao Ministério da Saúde os problemas de saneamento, combate e prevenção de epidemias, a Assistência Médica ao

trabalhador ficou como responsabilidade do sistema previdenciário. Ao longo de toda a história da Previdência Social no Brasil foram se criando, dessa forma, as condições que lançariam o Estado no centro do mercado de assistência médica e o transformariam, potencialmente, em seu monopolizador. No entanto, DONNANGELO (1972) observa que a opção pela compra de serviços do setor privado pelo Estado resultou na expansão do primeiro que, se tivesse que vender ~~seus~~ ^{seus} serviços diretamente à população não se expandiria dessa forma. O Plano Nacional de Saúde e a Medicina de Grupo foram dois mecanismos de preservação do produtor privado que se ampliou, padronizou as formas de atendimento e tornou mais declaradamente capitalistas as relações entre o empresário e o produtor direto dos serviços.

Nesse sistema, o médico perde o controle da clientela, os instrumentos e o poder de estabelecer o preço do trabalho. Em síntese, torna-se um assalariado. Além disso, o aumento significativo do número de médicos, a partir da década de 60, é um novo fator na competição pela clientela.

Caracteriza-se a passagem de uma situação relativamente estável, em termos de oferta de mão de obra, para outra, conforme já mencionado: a força de trabalho, já integrada no mercado, enfrenta a disponibilidade de grande quantidade de profissionais jovens mais receptivos às novas modalidades de competição, pressionando para obter oportunidade de trabalho. A Medicina pass a ser desenvolvida em empresas médicas, nas quais o médico ocupa tanto a posição de empregador quanto a de empregado.

Um outro aspecto que ocorre paralelamente ao desenvolvimento da medicina no Brasil é a ampliação do campo de conhecimento. Ao nível da prática, ao mesmo tempo em que ampliam as possibilidades de diagnóstico e de interferência nas condições de saúde, o acúmulo de informações e seu grau de elaboração científica acarretam a impossibilidade de domínio, pelo profissional, da totalidade do conhecimento médico. A especialização, como forma de divisão técnica do trabalho, representa uma diferenciação entre os produtores, quanto aos instrumentos de trabalho com que operam, quanto ao objeto imediato do trabalho e quanto às ações técnicas desenvolvidas sobre esse objeto.

Por outro lado, acentua-se a complementaridade entre as diferentes formas de trabalho e, conseqüentemente, a dependência entre os especialistas. A

complementaridade e a dependência tendem a reforçar-se pelo aparecimento de formas de trabalho referentes a parcelas cada vez menores da totalidade do processo de diagnóstico e terapêutica. Essas "especialidades complementares" estão associadas à utilização de técnicas científicas que só podem desenvolver-se à base de equipamentos ou máquinas aperfeiçoadas e custosas.

A adequação entre o ritmo em que se desenvolvem as especialidades e o número de especialistas e a difusão do progresso técnico a partir de sociedades mais desenvolvidas leva à produção de serviços de saúde considerados socialmente menos importantes (DONNANGELO 1972).

A necessidade de formar um médico que domine os processos mais gerais que atuam sobre a saúde é discutida pela autora na sua contradição com as tendências dos mercados livres, tanto no que se refere ao consumo quanto à produção: a tendência de valorizar o que é mais caro, mais complexo e sofisticado, e a tendência do especialista de "encaixar" o paciente na sua especialidade, a tendência ao controle do mercado pelo profissional mais especializado. Ao mesmo tempo, a influência de características tradicionais da profissão médica como, por exemplo, seu caráter individualista, resulta em mecanismos informais de relacionamento entre as diferentes áreas de trabalho, dificultando ainda mais o ajustamento do profissional às burocracias públicas e acentuando as resistências à interferência estatal.

Anteriormente a essa etapa, a forma tradicional de integração do médico nos hospitais constituía um elemento significativo na conquista e manutenção de seu status social e profissional, pela atividade filantrópica que ele aí desenvolvia e pelo fato de serem considerados centros importantes de conhecimento. Com o trabalho em organizações amplas, como o hospital, torna-se uma imposição de vários fatores envolvidos nessa transição: a complexidade, por aprofundamento, da informação; as novas formas de diagnóstico e terapêutica; a necessidade de cooperação entre especialistas; a exigência de qualidade científica; o custo dos equipamentos. Dessa forma, o caráter de voluntariedade é substituído pela imposição técnica de utilização de meios de trabalho concentrados no hospital. O paciente vincula-se tanto ou mais à instituição do que o médico. As hierarquias se instalam, nenhuma delas autônoma em relação às normas institucionais. O médico deve redefinir as suas expectativas de autoridade e prestígio em um sentido menos

peçoal e mais estritamente profissional. A "medicina de organizações" inclui, além dos hospitais, clínicas coletivas, laboratórios, organizações industriais. Por oposição ao consultório isolado, implica um grau acentuado de formalização e padronização da atividade, derivados de seu caráter grupal ampliado, em muitas situações incluindo outros profissionais além do médico (DONNANGELO 1972). Isso significa uma total reformulação da forma de integração do médico no mercado de trabalho em relação ao momento de sua inserção na sociedade como profissão moderna e, no Brasil, em relação ao papel que assumia no início do século XX.

Em estudo sobre os movimentos políticos das organizações médicas, CAMPOS (1986) analisa a situação da saúde no Brasil no período de 1970 a 1984, caracterizado por uma recente ampliação dos bens e serviços de saúde, devido ao fato da medicina ter começado a fazer parte do preço da força de trabalho e também pelo fato do trabalho médico ter passado a consumir equipamentos médico-hospitalares e fármacos, passando a ser peça fundamental para a indústria. Mas, da mesma forma que as demais empresas capitalistas, as empresas ligadas à saúde precisavam aumentar cada vez mais seus preços, entrando em conflito com o objetivo da extensão de serviços e reforçando a necessidade de intervenção do Estado para garantir essa expansão.

Por outro lado, a expansão dos serviços médicos, embora venha ao encontro dos interesses dos médicos, não acontece de acordo com os interesses majoritários da categoria. Prioriza o interesse do capital investido na área de serviços e na indústria que produzem os meios de trabalho médico, prejudicando não só os usuários, mas também os profissionais de saúde. Para financiamento dessa expansão pelo Estado foram utilizados basicamente recursos de fundos sociais. Também era o Estado que comprava ou contratava os serviços do setor privado, via Previdência. A ampliação da oferta de empregos entre 1970 e 1980 se deve a essa expansão, em que se combinava a intervenção do Estado, como financiador e comprador de serviços, com a penetração do capital privado.

Os serviços hospitalares contratados pelo Estado foram os que mais se expandiram, mais do que o setor conveniado pela Previdência e do que os serviços prestados pela medicina de grupo.

Entre os médicos e a medicina de grupo a relação era, na maioria das situações, de antagonismo. Já a relação da categoria médica com os hospitais

contratados, apesar de alguns atritos, envolvia interesses comuns, como o aumento dos valores pagos pelo INAMPS. Além disso, a posição do médico no hospital contratado não era a de assalariado e não envolvia controle de horário ou do atendimento prestado, o que parecia ser mais próximo de um trabalho autônomo. Apesar das fraudes que caracterizaram esse tipo de serviço, o movimento médico não desenvolveu críticas importantes a esse estilo de prestação de serviços à população.

Já no início da década de 80, a economia brasileira passava por um período recessivo, no qual o governo adotava política rígida de contenção de gastos. "As repercussões desta situação recessiva e daquela política restritiva adotada, o volume crescente de recursos absorvidos com o pagamento de pensões e aposentadoria, o dispendioso modelo de assistência médico hospitalar adotado, a lesiva relação estabelecida entre os Bancos e o Ministério da Previdência, os deficientes e inadequados mecanismos de arrecadação da contribuição empresarial à Previdência, a ausência de dotação do poder público, todos estes múltiplos fatores se somaram para gerar aqueles déficits da previdência, caracterizando o que passou a ser denominado de Crise da Previdência" (CAMPOS 1986). Mais tarde foi constatado, como mais um fator, o rombo causado pelas inúmeras fraudes no setor da Saúde.

A contenção de despesas, principalmente no financiamento da assistência médica hospitalar, foi o mecanismo escolhido pelo governo para enfrentar essa crise. A Federação Brasileira de Hospitais, seguida de inúmeras entidades médicas, protestou veementemente contra essa política. Na década de 80, no contexto da abertura política e do fim do governo militar, o movimento dos médicos se rearticulou, discutindo as propostas reformistas apresentadas pelo governo e lutando tanto no setor privado quanto no público por melhores condições de trabalho. O país já era industrializado, moderno e capitalista. Permaneciam as disparidades regionais e de classe e a dependência do capital internacional, mas a sociedade se modificara e uma dessas modificações foi o surgimento de um novo sindicalismo, classista e autônomo, no qual o movimento dos médicos se integrou e ganhou impulso.

Para estudar o movimento dos médicos, CAMPOS (1986) criou novas categorias para diferenciar os vários tipos de inserção do médico no mercado de trabalho:

Trabalho liberal: clientela própria, com a qual o profissional estabelece as condições de sua remuneração e posse (ou aluguel) dos instrumentos de trabalho.

Assalariamento: venda da força de trabalho por tempo determinado, em troca de salário.

Proprietários: detêm o controle de condições materiais de trabalho ampliadas em relação aos instrumentos que podem ser operados por um único ou por poucos profissionais.

Autonomia: forma intermediária entre o liberal e o assalariado, com controle parcial dos instrumentos de trabalho e da clientela. É uma forma alternativa possível e viável, no modelo de assistência médica vigente. Não é uma forma polar ao assalariamento, mas complementar, e sua tendência é se estabilizar e permanecer. É reforçada pela luta dos médicos pela expansão das possibilidades do exercício autônomo da profissão, através da intermediação do Estado.

Considerando que o exercício autônomo da profissão não se opõe à racionalização nem à modernização da assistência médica, que a categoria prefere esta forma de trabalho e que não há qualquer perspectiva de socialização radical dos serviços de saúde no Brasil, o autor conclui (em 1986) que não há porque considerar essa forma residual ou de transição para o assalariamento (CAMPOS 1986).

A pesquisa realizada por Machado (1997) mostra como hoje a profissão médica brasileira experimenta processos de transição sócio cultural e demográfica e enfrenta novos problemas na sua inserção no mercado de trabalho.

Constata que maioria dos profissionais da medicina pertence à classe média urbana e dificilmente abandonará a estrutura de equipamentos sociais e culturais disponíveis nos grandes centros para se fixar no interior do país. A necessidade cada vez maior de constante reciclagem técnico-científica, que só é possível nos grandes centros, vem agravar essa tendência à concentração. A mentalidade do usuário também mudou e tem exigido do médico um conhecimento rigoroso e atualizado de novas técnicas, novos medicamentos, novas habilidades.

Como consequência do incremento de novas escolas médicas desde o final da década de 60 e acompanhando a tendência de rejuvenescimento da força de trabalho em saúde em geral, hoje a profissão é exercida majoritariamente por profissionais jovens, com menos de 45 anos e com menos de 16 anos de formados, ocasionando a necessidade de constantes reacomodações de necessidades e especificidades no mercado de trabalho

A feminilização é outro aspecto da transição demográfica, que por sua vez acompanha a tendência mundial à participação crescente da mulher no mercado de trabalho. Recebendo menos e trabalhando muito, com o mesmo desgaste que os homens, as mulheres médicas enfrentam grandes dificuldades para conciliar a vida privada com a profissão, que é um caso exemplar da dicotomia entre o mundo da vida pública e o mundo da vida privada.

Ser médico significa, de certo modo, adotar o modelo de trabalho sacerdotal, pela exigência típica da medicina de atendimento imediato e obrigatório atendimento ao indivíduo necessitado de cuidados. Significa também a necessidade de continuar se dedicando a estudar após o término do curso, por necessitar uma formação cada vez mais especializada. Essa dificuldades têm levado os recém formados a fazerem escolhas mais racionais e menos vocacionais, procurando um medicina mais tecnológica, com menos envolvimento pessoal e que dê maiores rendimentos. Acabam optando por especializações sofisticadas e desenvolvidas de preferência em grandes centros.

O segmentado mercado das especialidades não tem mecanismos regulatórios de oferta e demanda, o que acaba se fazendo através das entidades da corporação, muito mais no domínio da ética e da moral profissional.

Embora a adesão dos trabalhadores de saúde e especialmente dos médicos seja fundamental para que as instituições de saúde possam adequar-se ao modelo de atenção proposto pelo SUS, as condições de trabalho insatisfatórias na rede pública tem ocasionado alta rotatividade no emprego, abrindo vagas para novatos mesmo em serviços que exigem excelência técnica ou maior experiência profissional.

Somam-se a estas dificuldades as pressões sociais dos usuários, que reivindicam melhor atendimento e assistência, conforto, segurança, e qualidade

nos serviços prestados, em todo o sistema de saúde. A opinião pública acaba transferindo para a figura do médico a sua contrariedade.

A situação se mostra mais grave quando analisamos o significado da autonomia e do trabalho liberal para na profissão médica. Seus preceitos são uma condição constitutiva do arquétipo médico. Previstos nos códigos de ética, "são fortemente introjetados, aceitos e decodificados diariamente pelos médicos, na busca de conciliar a boa medicina e a necessidade de modificá-la positivamente no seu cotidiano"(Machado 1997 p 209) . Mas a realidade da profissão não responde ao esperado, e os médicos, mesmo trabalhando nos seus consultórios, estão cada vez mais dependentes de empresas públicas ou privadas que os empreguem, submetendo sua ação a normas externas a uma decisão profissional.

Cabe aqui retomar a análise da questão da autonomia por Schraiber (1993), que aprofunda a sua discussão como problema vital para a profissão, considerando-a a forma historicamente necessária para a constituição da prática médica na sociedade capitalista e, ao mesmo tempo, a forma socialmente adequada para a reprodução da situação de seus agentes na posição de destaque que ocupam nessa mesma sociedade. Ao ser tensionada por movimentos que implicam novas contradições, como quando da especialização do trabalho, a autonomia apresentou-se sempre como problema vital para a profissão. A partir de 1930, o aceleração do processo de especialização interferiu na homogeneidade da categoria médica, pois se alterou sua estrutura social, com possibilidades distintas de participação no poder.

Assim, alguns médicos passaram a se sentir tão perdedores quanto os clientes com a questão da especialização e da tecnologia. Não se sentiam responsáveis por essa mudança, mas prejudicados por ela. A organização da medicina moderna aos poucos abandonou o modelo inicial e se aproximou das características do trabalho empresarial. Aparentemente, permitindo a modalidade de pequeno produtor individualizado e a consulta médica como unidade de produção. No entanto, a medicina de consultório não se constitui mais em prática isolada, independente e liberal. A posse dos instrumentos de trabalho não pode ser totalmente mantida. Mudaram as condições de propriedade dos espaços físicos, cada vez mais importantes não apenas no consultório, mas também nos hospitais. Mudou, em abrangência e profundidade, a qualificação técnica dos médicos. Mudou

o modo como o paciente se integra nesse processo em diferentes modalidades, nenhum idêntico à consulta do modelo anterior. A relação médico-paciente foi reorientada em vários sentidos, uma vez que a atração da clientela passou a se institucionalizar sob distintas formas de captação (SCHRAIBER 1993).

O inter-relacionamento dos profissionais deixou de ser uma "cooperação entre iguais" e passou a se caracterizar por ações necessariamente complementares e dependentes, uma cooperação obrigatória entre desiguais. A divisão progressiva do trabalho criava autoridades distintas de saber, com diferentes valores sociais.

Se de início, dada a escassez de recursos materiais, a racionalidade que regia a aplicação do conhecimento científico apoiava-se fundamentalmente no exercício pessoal do médico, os instrumentos tecnológicos funcionaram como garantia de maior objetividade, como se apenas agora a medicina se tornasse científica.

Mas essa possibilidade de objetividade ampliou a capacidade do olhar de todos, não só do médico. Logo, além da perda da propriedade dos recursos tecnológicos, não foi mais possível ao médico manter o mesmo grau de controle que ocorria na medicina liberal sobre seu projeto de trabalho e sobre a avaliação da eficácia. Os exames diagnósticos já não dependem tanto da anamnese, e a participação do doente como sujeito reduz-se aos momentos iniciais da aproximação. Mas a história de vida não tinha apenas a função de pesquisa. Nela se originava o substrato da confiança e da aceitação, por parte do doente, do pleno domínio médico. Ao mesmo tempo, se o paciente tem sua presença diminuída nos momentos de demanda, pode participar mais do diagnóstico e da terapêutica dada a transparência dos instrumentos materiais.

A representação que o médico faz sobre a posse de seu objeto de prática passa de uma relação direta pessoal – o meu paciente – para uma relação mediada pela instituição – o paciente de determinada empresa de saúde. Ao mesmo tempo em que se despersonaliza a relação, torna-se mais impessoal a apreensão do social, portanto mais substantiva. O progresso tecnológico também leva ao rompimento da exclusividade do ato médico, uma vez que a "arte de curar" pode até prescindir de um diagnóstico da doença, como por exemplo com a maior objetividade da farmacologia moderna, a partir de 1940. A divisão técnica do

trabalho médico se dá na divisão do manuseio do doente, não só pelas especialidades médicas, mas também entre outros profissionais, como enfermeiros e operadores de equipamentos.

Esta especialização médica traz a cisão da totalidade individual do doente, a apropriação isolada de suas partes como objetos independentes de trabalho. A fragmentação termina por tensionar a individualização do paciente, embora a consulta siga sendo individual. A medicina perde parcialmente a capacidade de se apropriar do subjetivo-social do doente. A isso se vincula uma alteração no modo como a moral de conduta pessoal do médico se articulará com seus procedimentos, no interior do ato técnico.

O novo significado técnico da prática baseia-se na tecnologia material e na especialização do saber. Os termos originais de "dedicação" e "responsabilidade" passam a nomear outras realidades e dividem seu valor com novos preceitos. O conjunto dessas alterações significará, para os médicos, seu avanço na direção pretendida, a da cientificidade da medicina, bem como a perda dos espaços anteriormente garantidos pela própria identidade profissional que se traduz no monopólio do saber sobre a prática.

A categoria profissional, buscando estabelecer no plano das representações uma continuidade de valores e ideais na medicina, se voltará para o resgate da identidade profissional (SCHRAIBER 1993).

No conjunto das mudanças sociais e econômicas que vêm se acelerando na sociedade brasileira, a transformação nas formas de trabalho do profissional de medicina entra em conflito com a imagem tradicional de profissional autônomo.

Este processo de mudança, que se estende a todos os aspectos da profissão – o organizacional, o financeiro, o político e o cultural e que perpassa a sociedade como um todo, está presente na forma como o estudante de medicina chega à universidade, na forma como faz suas opções durante o curso e na formação da sua identidade profissional. Uma questão a ser levada em conta no planejamento dos conteúdos e estratégias do curso, pensando em como esses fatores serão integrados ao processo de formação profissional.

1.3. ENSINO MÉDICO EVOLUÇÃO, DILEMAS E PROPOSTAS.

O questionamento da forma como se dá a formação do profissional de medicina e as conseqüentes propostas de reformulação do ensino médico fazem parte do processo de transformação da profissão que vem ocorrendo desde o final do século XIX, coincidindo com descobertas científicas no campo da física, da química e da biologia. Até então, os cursos de medicina, na sua maioria independentes de universidades, não eram padronizados, variavam nos seus objetivos, na sua duração e nos critérios de admissão. Esse formato era incompatível com as necessidades do desenvolvimento capitalista, de uma intervenção em escala mais ampla nas questões de saúde (SANTOS 1995)

Um dos marcos desse processo de constituição de uma medicina científica foi o relatório Flexner, resultado de um trabalho de avaliação do ensino médico encomendado pelo governo americano. Divulgado nos EUA em 1910, o relatório Flexner orientava na direção da padronização dos cursos, da ampliação dos anos de formação, da utilização de laboratórios para o ensino, da docência em tempo integral, do ensino clínico nos hospitais, da vinculação das escolas médicas às universidades, da priorização da pesquisa biológica, do estímulo à especialização, da união de ensino e pesquisa e do controle do exercício profissional pela própria corporação médica. (SANTOS, 1995)

Com base nessas recomendações, realizaram-se modificações profundas nos currículos e no espaço físico destinado à formação médica. O ensino em laboratórios e as práticas intra-hospitalares foram priorizados, reforçando-se o vínculo entre universidades e alguns hospitais que se tornaram hospitais universitários; criaram-se departamentos de ciências básicas; a formação docente e de pesquisadores dentro do ensino médico passou a receber maior atenção. (CHAVES, 1999)

Com base nas novas ciências que se desenvolviam, como a biologia, a física, a química, a citologia, a histologia e a microbiologia, a visão mecanicista foi introduzida na medicina, fazendo crer que o corpo fosse divisível em partes, à semelhança de uma máquina. Além disso, estabeleceu a individualização

do paciente como objeto, negando sua inserção social e enfraquecendo a atuação epidemiológica da medicina. (SANTOS, 1995)

Durante décadas, o modelo flexeriano foi hegemônico, na educação médica. Até hoje, apesar do reconhecimento quase unânime da sua inadequação às necessidades da saúde da sociedade, continua presente na estrutura curricular de grande número de escolas médicas.

Sua consolidação se deu paralelamente a certos fatos que marcaram o desenvolvimento do setor saúde nos países do hemisfério norte, na primeira metade do século XX. Com base na idéia de que as nações-estado deviam se organizar em escala mundial para melhor atender aos direitos básicos do cidadão, surgiu após a primeira Guerra Mundial a Liga das Nações, substituída após a Segunda Guerra Mundial pela Organização das Nações Unidas (ONU). Em 1948, a ONU criou a Organização Mundial de Saúde (OMS), e no mesmo ano aprovou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que progressivamente foi se tornando um referencial para as relações entre os países e dos governos com seus cidadãos.

Na América Latina, nessa época, ainda predominava a influência do modelo europeu de ensino. Foi nos anos cinquenta, quando as escolas médicas americanas iniciavam o processo de inovação curricular, que a influência do modelo flexeriano se fez sentir nos países latinos, nas sucessivas reformas do ensino superior. Na década de 60, ao mesmo tempo em que sua implantação se expande, inicia-se, paralelamente à consolidação do modelo flexeriano, um movimento embrionário de contestação, alimentado por iniciativas na área da saúde pública e da medicina preventiva. Faculdades e escolas de medicina de vários países, identificadas com novas propostas de ensino, começam a se associar, criando-se em 1962 a Federação Panamericana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina, a FEPAFEM.

Ainda na segunda metade do século, disseminam-se as idéias de Atenção Primária da Saúde e de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), veiculadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPS), resultando na criação de sistemas integrados de serviços de saúde em vários países da América Latina. Durante os anos setenta, quando em grande parte do mundo se questionava a universidade tradicional, houve um movimento com o propósito de modificar a estrutura de preparação de profissionais da saúde nas Américas, focalizando o

atendimento de saúde voltado para a comunidade. Assim sendo, a educação médica teve de ser repensada, em função das necessidades da sociedade e do preparo de novos médicos com conhecimento e habilidades articulados com os novos desafios. Também foi um período de desenvolvimento da tecnologia educativa. Dois Centros Latino Americanos de Tecnologia Educacional em Saúde – CLATES – um no Rio de Janeiro e outro no México, foram criados para dar suporte à formação de professores latino-americanos na área da saúde (CHAVES, 1999).

Desempenharam papel importante, também, na expansão de experiências inovadoras em educação médica, a Conferência Mundial em Atendimento Primário de Saúde, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde e realizada em Alma Ata (1978), que estabeleceu o programa global de "Saúde para todos no ano 2000", e a Conferência Mundial de Educação Médica, sob responsabilidade da Federação Mundial de Educação Médica (WFME), em 1988.

Nessa última reunião, realizada em Edimburgo, foi discutido o Projeto EMA - Educação Médica nas Américas, resultado de avaliação da situação da educação médica na América Latina, preparada pela FEPAFEM. Os resultados dessa reunião, constantes da Declaração de Edimburgo, contribuíram, fundamentalmente, para a elaboração dos princípios que têm norteado todo o movimento de transformação e inovação da educação médica em várias escolas.

No Brasil, a primeira escola de medicina, a Escola de Cirurgia da Bahia, foi criada em 1808, seguida logo depois pela Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. A princípio muito deficientes, formando profissionais que pouco diferiam dos charlatães e mezinheiros da época, essas escolas foram aos poucos se estruturando, ao mesmo tempo em que se fortalecia a corporação médica no país. A partir de 1832, foram definidos por lei os limites do exercício da medicina, e foi reconhecida a unificação das atividades médicas. O direito ao exercício profissional - ou à arte de curar - passava a ser competência exclusiva de profissionais formados (SANTOS, 1995).

O número de escolas médicas brasileiras aumentou discretamente, chegando a 13 em 1950, todas públicas. Na década de 50, foram criadas mais 14, sendo cinco particulares. Na década de 60, iniciou-se uma grande expansão das universidades privadas, mais intensamente após 1965, com a criação de 36 instituições de educação médica, na maioria privadas. Pressionado pela demanda.

por parte das classes médias urbanas, de aumento das vagas no sistema universitário, e também pelas novas necessidades de cobertura da assistência médica no país, o governo estimulava a criação de cursos superiores, sem definir uma política que estabelecesse uma estratégia disciplinadora do processo. Muitos cursos foram assim criados, sem condições mínimas, tanto de infra-estrutura de apoio quanto de docentes qualificados e de campo de prática apropriado.

As conseqüências negativas desse crescimento desordenado foram a queda do padrão de ensino e, conseqüentemente, a queda da qualidade de atendimento. O mercado de trabalho, numa época em que se impunha o processo de assalariamento dos profissionais de medicina, tornou-se ainda mais competitivo para os médicos, graças ao aumento da oferta. Os protestos das entidades representativas da corporação médica resultaram na proibição pelo governo, a partir de 1971, da criação de novas escolas. Essa proibição só foi revista em 1989, quando foram oficialmente estabelecidos os critérios de apreciação de pedidos de autorização de funcionamento de novos cursos. Esses critérios, no entanto, nem sempre foram respeitados, e muitas instituições de ensino superior foram criadas em função de interesses bem apoiados em acordos políticos e no preceito constitucional da autonomia universitária, mas sem condições concretas de oferecer ensino de qualidade (MACHADO 1997).

As faculdades de medicina, contexto institucional em que se inicia a socialização do médico, devem dar conta de três aspectos da formação do futuro médico: o aprendizado direto, através do ensino didático; o aprendizado indireto de atitudes, valores, padrões de comportamento, através da convivência do estudante com instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde; e o controle da qualidade da formação e do aproveitamento de cada estudante, pela corporação médica. (REGO 2001) No entanto, um dos pontos mais prejudicados pela baixa qualidade do ensino é o ensino prático, desenvolvido nos estágios.

Os estágios, aceitos pela corporação como uma estratégia válida na busca de maior experiência clínica, são uma tradição na formação médica. Reconhecido pela Comissão de Ensino do MEC, em 1974, como componente essencial da formação do estudante de medicina, o aprendizado prático na qualidade de estagiário em unidades de saúde de diversos tipos, além de propiciar a ampliação de conhecimentos, é o espaço em que o estudante aprende, no

relacionamento com pacientes, suas famílias e colegas, as atitudes adequadas aos padrões éticos da profissão.

Nos cursos de medicina no Brasil, entretanto, a introdução do aluno na prática clínica é tardia, devido à influência do modelo flexeriano que ainda se faz presente na estrutura curricular, e que separa o ciclo básico do ciclo clínico. Os alunos passam os dois primeiros anos do curso em sala de aula, estudando as matérias básicas, e no terceiro ano começam a freqüentar hospitais ou outras unidades de saúde, onde convivem com profissionais e estudantes do último ano e com residentes, na posição de observadores. Esse sistema, além dos prejuízos que causa à formação profissional, contraria os interesses dos alunos, desde os primeiros anos interessados no contato com pacientes. Embora não se encontrem defensores desse sistema no meio da educação médica, as repetidas tentativas de reforma nas mais variadas universidades não têm dado resultados efetivos. (REGO 2001)

Pressionado pela necessidade de obter a desejada experiência clínica, o aluno busca estágios extracurriculares, oferecidos por instituições públicas, hospitais e clínicas de caráter privado, muitas delas vinculadas ao sistema de saúde complementar, que têm interesse na força de trabalho dos estudantes. Do primeiro ao quarto ano eles conseguem esses estágios por iniciativa própria, através de contatos pessoais com profissionais. Muitas vezes seu vínculo com a instituição onde estagia é totalmente informal. Estudantes de quinto e sexto anos tendem a obter estágios através de concursos, o que lhes dá um caráter oficial. No entanto, dentre todas as instituições que acolhem acadêmicos de Medicina como estagiários, poucas mantêm qualquer tipo de relacionamento com as de ensino (REGO 2001).

Muitas têm sido as tentativas de regulamentação dessa prática, pelo Conselho Federal de Medicina e por alguns Conselhos Regionais, no sentido de vincular toda a experiência de aprendizado clínico dos estudantes à obrigatoriedade de supervisão médica. No entanto, essas tentativas não conseguem impedir que cada vez mais se intensifiquem as atividades extracurriculares irregulares dos estudantes. Eles são absorvidos pelo mercado de trabalho para realizar, em clínicas e hospitais particulares ou públicos, atividades para as quais ainda não foram preparados na Faculdade. "A grande maioria dos estagiários de quarto ano têm autonomia para decidir que exames deve solicitar para elucidar cada quadro clínico

que lhe cabe resolver” (REGO 2001, p 126). Essa autonomia é ainda maior para os estudantes de sexto ano, que atuam como médicos, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva e em Unidades Coronarianas, atendendo quadros graves e situações de risco de vida. Numa clara falta de compromisso da instituição responsável pelo estágio com os valores éticos da profissão, os estagiários sequer são orientados sobre a necessidade de se identificar para o paciente como estudantes, criando o hábito de agir em detrimento do paciente, em oposição ao ideal de serviço que norteia a profissão.

O resultado dessa situação é um número significativo de médicos que são lançados, a cada ano, no mercado de trabalho e cuja formação é questionada tanto no meio acadêmico quanto em outras instâncias da sociedade. A participação das entidades representativas da corporação médica em propostas de adequação do ensino médico às demandas da sociedade se intensificou na última década.

Um exemplo desse envolvimento é ilustrado por matéria da revista Medicina, do Conselho Federal de Medicina, de abril/ 2000, que divulgou a realização da Conferência Internacional de Educação Médica de outubro de 2000. Nessa divulgação, o prof. Ernani Aboim Silva, vice-presidente da Academia Nacional de Medicina (ANM) e que também inspecionou as escolas médicas para o provão, afirma: “São imperativas a mudança no currículo médico e a integração do profissional à comunidade. Concluímos que tínhamos especialidades do mais alto nível, mas não somos bons professores, não estamos preparados para formar médicos. Com o avanço tecnológico, não somos mais úteis para ensinar a aprender, comparar pesquisas e, principalmente, criar...” A matéria registra, ainda, que a ANM estava preparando, desde 1996, uma avaliação de faculdades de medicina brasileiras.

A Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, também assumindo um papel importante no movimento de renovação do ensino médico, no Editorial de seu Boletim n.º 3, de maio/junho de 2001, analisa iniciativas de mudança curricular nas escolas médicas brasileiras, ressaltando que “As escolas médicas não devem seguir trabalhando isoladas, ignorando os novos desafios que surgem a partir do processo de construção do SUS (...) Acreditando que uma forte aproximação das escolas com o sistema de saúde é um caminho para que as escolas se defrontem

com a realidade sanitária do país, e que o exercício de buscar produzir as respostas necessárias ao SUS ajudará a desencadear as mudanças na educação médica, enfatiza-se a necessidade de análise crítica dessas iniciativas, bem como a criação de espaços de reflexão coletiva e de troca de experiências a esse respeito. Esse será um passo importante para que o atual movimento a favor de mudanças na educação médica, impulsionado pela ABEM, leve a resultados concretos em cada Escola Médica do Brasil”.

Na tentativa de controlar a política expansionista do ensino universitário em geral, o Ministério da Educação e da Cultura – MEC implantou um sistema de provas teóricas escritas para todos os recém graduados ou estudantes de últimos anos de curso, objetivando avaliar a validade do conhecimento adquirido nos cursos universitários. A corporação médica manifestou-se contra a realização desse exame, argumentando que essa modalidade de avaliação não seria apropriada à complexidade do curso de medicina e que, pelo princípio da auto-regulação que rege a profissão, caberia a ela qualquer avaliação.

A instituição dos provões pelo MEC, no entanto, trouxe ao domínio público a fragilidade de vários cursos universitários, inclusive o de Medicina, pressionando as instituições de ensino para atender aos requisitos estabelecidos para a continuidade dos cursos. No campo da medicina, provocou maior mobilização das entidades envolvidas com a elaboração de propostas inovadoras para o ensino médico.

A Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM, que desde 1991 reúne entidades dedicadas ao ensino universitário em geral e na área médica em particular, para discutir a transformação da educação médica na perspectiva da formação de profissionais adequados a demandas sociais, defende a posição de que a formação do médico não é responsabilidade exclusiva da escola médica, mas também do Estado e da Sociedade Civil organizada. Congregando entidades importantes representativas da corporação médica e do ensino superior¹ a CINAEM desenvolvia, paralelamente à iniciativa governamental,

¹ ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica, CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, DENEM – Diretório Executivo Nacional dos Estudantes de Medicina, AMB – Associação Médica Brasileira, CFM – CONSELHO Federal de Medicina, CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, ANDES – SN – Sindicato Nacional de Docentes das Instituições de Ensino Superior, CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, CRUB – Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras.

um processo de avaliação que compreendia três fases: a primeira dirigida às escolas médicas; a segunda voltada à caracterização de docentes, discentes e do modelo pedagógico; a terceira dedicada à elaboração de um modelo de formação e gestão das escolas médicas. Realizado em conjunto pelas entidades membros da CINAEM, o trabalho contou com a participação de pesquisadores, docentes, discentes e dirigentes e resultou nas seguintes conclusões:

- ◆ Ao se formar, o estudante de medicina não detém um grau de autonomia compatível com as demandas sociais contemporâneas.
- ◆ Os currículos utilizados na grande maioria das escolas médicas mostram baixa eficácia no incremento dessa autonomia.
- ◆ O aluno é considerado como objeto e não sujeito do ensino
- ◆ A população e as suas organizações, os serviços de saúde e o paciente são utilizados predominantemente como insumos do processo de formação.
- ◆ A fonte principal dos saberes a serem adquiridos é o professor.
- ◆ O aluno é colocado, nos espaços institucionais, em posição de distanciamento das necessidades de saúde de indivíduos e populações.
- ◆ É necessária a ampliação do objeto da prática médica, extrapolando os limites da dimensão biológica e da incorporação tecnológica.

Em 2000 a CINAEM apresentou ao Congresso Nacional uma detalhada proposta de reformulação do ensino médico, baseada no pressuposto de que o processo de formação, de profissionalização da docência, de gestão transformadora e de uma nova estrutura de avaliação se articulam num eixo de desenvolvimento curricular destinado à formação de médicos aptos a responder autônoma e adequadamente as necessidades de saúde de indivíduos e populações.

Estabelece como categorias direcionadoras da ação:

- ◆ As necessidades de saúde como objeto de estudo do aluno;
- ◆ A organização didático pedagógica como mediador da exposição do aluno às necessidades de saúde;
- ◆ O docente como mediador da construção do conhecimento e da abordagem das necessidades de saúde;
- ◆ O aluno como sujeito do processo de construção da autonomia;
- ◆ Os saberes, originários das ciências biológicas exatas e humanas, bem como todo o arsenal cognitivo á disposição da prática médica, como insumo da qualificação de todas as dimensões do ato médico.
- ◆ A organização da prática médica como mediador, revalorizando o ato clínico como a dimensão da medicina que a diferencia das demais profissões.

A par desse paralelismo, a atuação da entidade foi marcada pelo debate público com o Ministério da Educação e da Cultura, a respeito da instituição dos “provões” como forma de avaliação de faculdades de medicina.

Ao noticiar a entrega da proposta do CINAEM ao Congresso Nacional, a revista Medicina informava: “Em nota distribuída à imprensa, a CINAEM criticou a decisão do Ministério da Educação – MEC de defender o fechamento de escolas de medicina, lembrando que o MEC deveria voltar sua atenção para a verdadeira transformação do ensino médico no país...”. “O presidente do CRM-RJ, Abdu Kexfe, afirmou que a proposta da CINAEM sempre foi vista pela entidade como um projeto de transformação, numa linha que disse esperar seja ativada numa relação direta de qualidade da medicina, na qualidade do médico, mais comprometido com o paciente, com a saúde da população e, principalmente, com a saúde pública”. (MEDICINA, CFM, julho/agosto de 2000 p.5).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, estabelecidos pelo MEC e homologados pelo CFE, no entanto, não se contrapõem radicalmente às propostas das entidades representadas pela CINAEM.

Pelo contrário, apresentam alguns pontos comuns, que podem ser observados no item 3. Conteúdos Curriculares¹:

“....

3. CONTEÚDOS CURRICULARES:

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

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

² MEC – Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina. www.saude.gov.br ., acessado em abril 2002.

fisiológicos dos seres humanos - gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte; atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

....”

A recente instituição do PROGRAMA DE INCENTIVOS A MUDANÇAS CURRICULARES NO CURSO DE MEDICINA – PROMED, através da Portaria Interministerial n. 610 de 26 de março de 2002, é mais uma demonstração do reconhecimento da urgência dessa mudança tanto na sociedade civil quanto nas instâncias governamentais.

Neste movimento de mudança da educação dos profissionais de saúde é importante avaliar a contribuição do Programa UNI, financiado pela Fundação Kellogg, que desenvolve projetos em 11 países da América Latina, a partir de uma concepção de trabalho em rede, desde 1991. No Brasil, no ano de 2000, estavam em andamento cinco projetos, nas cidades de Salvador, Natal, Botucatu, Londrina e Marília. Sua estratégia principal é a construção de parcerias entre universidades, serviços de saúde e população organizada de determinada área geográfica. O programa tem gerado “processos que buscam mudanças de relações, de estrutura e modo de funcionamento da universidade, nas suas relações com outros segmentos, no estabelecimento de prioridades para as atividades investigativas e de prestação de serviços” (FEUERWERKER 2000, p. 20).

Partindo do princípio da constituição de sujeitos com visão crítica, capacidade de ação e de proposição como condição para a construção e mudanças profundas no processo de formação profissional, e da integração entre Universidade, Serviços de Saúde e Comunidade, o Programa UNI construiu, através da prática, um ideário que pode ser resumido nos seguintes pontos:

Quanto às premissas básicas e aos objetivos:

- ◆ Articulação necessária entre universidade, serviço e comunidade.
- ◆ Reciprocidade e equanimidade nas relações humanas e institucionais de parceria

- ◆ Desenvolvimento de modelos de ensino-aprendizagem, prestação de serviços de saúde aos indivíduos, melhorias ambientais e práticas de auto cuidado compõem o primeiro grupo de objetivos UNI.
- ◆ Desenvolvimento de líderes para a gestão dos projetos e sua inovação gradual.

Quanto à Universidade:

- ◆ Educação orientada para os problemas de saúde da comunidade situada em seu entorno imediato
- ◆ Ênfase no desenvolvimento do raciocínio e da capacidade de continuar aprendendo
- ◆ Ensino interdisciplinar estimulado por diferentes mecanismos de integração dos conhecimentos progressivamente adquiridos.

A aprendizagem deve combinar experiências intramurais com experiências em cenários da vida real. A construção de consensos ao nível docente e discente é indispensável para a introdução de metodologias adequadas ao ensino em cenários da vida real. Podem ser citadas as metodologias de ensino baseado em problemas, estudo auto dirigido, ensino tutorial e em pequenos grupos.

Na investigação científica deve ficar clara a natureza aplicada dos projetos com os serviços, a natureza participativa dos projetos com a comunidade, o compartilhamento dos resultados da pesquisa e os ganhos reais em que ela resulta para o funcionamento dos serviços e para a saúde da comunidade.

Quanto aos Serviços de Saúde ou Sistema Local de Saúde:

- ◆ Devem abranger a atenção ao indivíduo e ao meio-ambiente, tanto físico como social.
- ◆ Os cuidados de saúde devem ser de natureza preventiva e curativa, com continuidade através do ciclo vital.
- ◆ Continuidade entre a atenção primária e os níveis secundário e terciário através de mecanismos efetivos de referência e contratransferência.

- ◆ enfoque familiar e os serviços prestados por profissionais generalistas são de grande importância.
- ◆ trabalho multiprofissional deve ser desenvolvido na atenção primária da saúde e nos outros níveis do sistema, como modelo para o trabalho prático de alunos.

Quanto à comunidade:

- ◆ A definição da comunidade abrangida pelo projeto deve ser clara.
- ◆ A organização comunitária, condição necessária para a participação efetiva nos projetos, deve ser estimulada.
- ◆ O autocuidado deve ser entendido como envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade.

O Programa UNI produz extensa literatura de avaliação e sistematização de suas experiências e de conceituação de seus princípios e estratégias. Especialmente interessante para este trabalho é a formulação da estratégia “diversificação dos cenários de aprendizagem”.

No contexto do Programa UNI o termo *cenários de aprendizagem* denomina não só o local onde se realizam as práticas, como também os sujeitos nelas envolvidos, a natureza e o conteúdo do que se faz, etc. Diz respeito, portanto, “à incorporação e à inter-relação entre métodos didáticos pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras. Inclui, ainda, a valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas. E está relacionado aos processos de trabalho, ao deslocamento do sujeito e do objeto de ensino e à revisão da interpretação das questões referentes à saúde e à doença, em que se considera sua dinâmica social”.(FEUERWERKER 2000, p. 40)

Não se trata, no entanto, de transformar os locais de produção de serviços em locais privilegiados de práticas educacionais. São os estudantes e os docentes que se incorporam ao processo de produção de serviços. Essa ação só se faz possível, entretanto, com o estabelecimento de relações horizontais de cooperação entre os atores, possibilitando a produção de alternativas pedagógicas

para a articulação entre teoria e prática, ensino e trabalho, e entre diferentes disciplinas.

A criação de espaços curriculares efetivos depende do estabelecimento de relações entre os diferentes atores que não se limitem às condições objetivas, mas que incluam também as vivências e os valores próprios do processo de socialização de cada indivíduo ou grupo.

A valorização do papel da prática no processo de ensino-aprendizagem é outra propriedade da diversificação de cenários. “A necessidade de dar respostas a problemas práticos se converte no motor da busca e construção do conhecimento por parte dos estudantes, dos docentes e de todos os envolvidos, com a vantagem adicional de existir a oportunidade de experimentar e analisar criticamente as soluções na prática. Além disso, não há o que substitua o contato humano, a vivência e o compartilhar dos problemas, a solidariedade, a construção de vínculos pessoais, apropriação da realidade que as experiências práticas propiciam”.(FEUERWERKER et al. 2000, p.41)

A inserção do aluno no cotidiano de trabalho dos serviços e da vida da comunidade propicia o compromisso com a busca de soluções para os problemas identificados e a atuação multiprofissional e intersetorial. Propicia ainda, nas posturas e nas práticas, uma relação promoção/prevenção/cura mais equilibrada, maior compromisso e respeito com os parceiros, capacidade de comunicação, de escuta, relações mais democráticas. Favorece ainda a oportunidade do aluno perceber como são dinâmicas as relações de poder e como elas se estabelecem. Isso permite que desenvolvam uma interpretação crítica do sistema de saúde e tenham elementos para pautar sua atuação de forma sistemática.

As formulações do Programa UNI, que não se esgotam na síntese acima, contemplam e superam as demais propostas aqui referidas, por se basearem em uma prática sistematizada e continuamente avaliada.

Ao considerar o resgate da subjetividade nas relações entre os atores do processo de formação de profissionais de saúde, remete para o tema desta tese, que trata do conhecimento do universo simbólico do estudante de medicina.

CAPÍTULO II: RESGATANDO REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

2.1. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A CONTRIBUIÇÃO DE BOURDIEU.

Para a compreensão de como estudantes de medicina participam do campo simbólico da profissão que escolheram, este estudo toma como referencial a teoria das representações sociais. Representações Sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento e que, nas Ciências Sociais, é definido como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a (MINAYO 1995).

Criada por Moscovici na década de 50, a teoria das representações sociais tem dado suporte para a produção de conhecimento sobre as pessoas enquanto portadoras de idéias, crenças e sentimentos comuns ao universo cultural de um grupo. Suas raízes podem ser identificadas no conceito de representações coletivas de Durkheim. No entanto, se Durkheim se interessava por estudos de fenômenos próprios de sociedades tradicionais, como religião, costume, mito, magia, Moscovici inaugurou sua teoria com o estudo das representações sociais de um fenômeno moderno, inserido no universo científico, a Psicanálise. A ciência, enquanto sistema simbólico, é uma das forças que diferencia o mundo moderno do mundo medieval. Considerada por Moscovici como fonte fecunda de representações, a Psicanálise é tomada como objeto de estudo, não do mundo do cientista pesquisador, mas do mundo do leigo. É tomada também como exemplo da absorção de uma cultura por outra, uma vez que se originou numa cultura diferente daquela em que se realizou esse estudo. (FARR 1995)

A tarefa da Psicologia Social, segundo Moscovici, é formular uma teoria do conceito de representações sociais, que podem ser encontradas nas conversações, nas ciências, nas religiões, nas ideologias e em outras circunstâncias

em que são produzidas as ideologias, os saberes populares e o senso comum. Contrapondo-se à concepção de Le Bon sobre a irracionalidade das massas, Moscovici afirma que a teoria das representações sociais entende a racionalidade da crença coletiva e sua significação como sistemas coerentes de signos. A racionalidade desse sistema está ligada à característica de ser coletivo, pois, para ele, o indivíduo isolado não poderia ser racional. O dinamismo da sociedade só pode ser compreendido a partir da superação do dualismo indivíduo/sociedade e da noção de que o conflito entre o individual e o coletivo não é somente do domínio da experiência de cada um, mas é igualmente realidade fundamental da vida social. O papel das representações é manter essa tensão nos limites do suportável. (MOSCOVICI 1995)

A partir dessa formulação, a teoria das representações sociais tem se desenvolvido através de inúmeras pesquisas e da produção de novos conhecimentos que contribuem para a compreensão sociológica de fenômenos culturais.

As visões de mundo de diferentes grupos sociais, por exemplo, são compreendidas, no escopo dessa teoria, como expressões das contradições e conflitos presentes nas condições em que foram engendradas. Possuem, portanto, um componente ideológico, ao incorporar o uso de formas simbólicas para criar e manter relações de dominação. Considerando esse caráter de não neutralidade das representações sociais, o conceito de ideologia é indispensável para se compreender suas dimensões éticas, valorativas e críticas. (GUARESCHI 1995)

Mas as representações sociais não se limitam a reproduzir relações de dominação, elas possuem núcleos positivos de transformação e de resistência. Nelas tanto estão presentes elementos da dominação quanto da resistência, tanto das contradições e conflitos quanto do conformismo, pois cada grupo social faz da visão mais abrangente uma representação particular, portadora também de seus interesses específicos. Dessa forma, as representações sociais são matéria prima para a análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação. (MINAYO 1995)

Por se constituírem num pensamento social não são, necessariamente, conscientes no indivíduo. Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual.

Para Bauer (1995) “as representações sociais são a produção cultural de uma comunidade, que tem como objetivo resistir a conceitos, conhecimentos e atividades que ameaçam destruir sua identidade.” (BAUER 1995, p 229) Mas essa resistência não se dá de forma uníssona. Os subgrupos culturais produzem formas singulares de manter sua autonomia, resistindo às inovações simbólicas que não foram por eles produzidas, re(a)presentando-as modificadas e de forma a se tornarem compatíveis com os conteúdos simbólicos já existentes. Nesse processo, modificam-se as idéias e modifica-se o sistema que as assimilou. (BAUER 1995)

Representações sociais é um conceito dinâmico e explicativo, que abrange tanto a realidade social quanto a física e a cultural, nos seus aspectos culturais, cognitivos e valorativos. Sua dimensão histórica soma-se a uma dimensão transformadora. Está presente nos meios e nas mentes, isto é, constitui-se numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos. É um conceito sempre relacional e, por isso mesmo, social. (GUARESCHI 1995) A linguagem, tomada como forma de conhecimento e de interação social, é o elemento principal de mediação das representações sociais.

A questão da relação entre o agente social e a sociedade, é objeto da teoria sociológica de Bourdieu, uma sociologia da cultura que pretende compreender como as relações entre grupos ou classes obedecem a uma lógica que se reproduz de forma dissimulada no plano das significações.

Buscando superar tanto a visão objetivista, derivada do pensamento de Durkheim, quanto a sociologia compreensiva de Weber, esse autor discute a possibilidade do agente social exercer uma ação independente de determinismos sociais. Ele considera que a análise sociológica “é um dos instrumentos mais poderosos de conhecimento de si, como ser social, como ser singular. Se ela põe em questão as liberdades ilusórias ela oferece alguns dos mais eficazes meios de acesso à liberdade que o conhecimento dos determinismos sociais permite conquistar contra os determinismos”. (BOURDIEU 1996, p. 11)

Para cumprir sua função de ordenar o mundo e fixar um consenso a seu respeito, a cultura desempenha um papel ideológico (ou político) de legitimar uma ordem arbitrária, em dois movimentos simultâneos:

Enquanto estrutura estruturada ela reproduz, de forma irreconhecível, a estrutura das relações sócio econômicas prevalecentes. Enquanto estrutura estruturante, produz uma representação do mundo social imediatamente ajustada à estrutura das relações sócio econômicas, que passam a ser compreendidas como naturais e a contribuir para a conservação simbólica das relações de força vigentes. (BOURDIEU 1999)

Para possibilitar a compreensão mais acurada do funcionamento da relações simbólicas, Bourdieu (1999) constrói o conceito de *habitus*, princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e racionais de uma posição no espaço social em um estilo unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens e de práticas. Os *habitus*, ao estabelecer diferenças entre o que é bom e o que é mau, o que é o bem e o mal, entre o que é de bom gosto e o que é vulgar, geram práticas distintas e distintivas. Por exemplo, o mesmo comportamento ou o mesmo bem que é percebido como distinto para uma pessoa, pode parecer pretensioso para outra e vulgar para uma terceira. Essas diferenças nas práticas, nos bens possuídos, nas opiniões expressas tornam-se diferenças simbólicas e constituem uma verdadeira linguagem, como signos distintivos. É um conceito que não pode ser compreendido a partir da lógica da consciência e do livre arbítrio do indivíduo isolado. Pelo contrário, pressupõe que a maior parte das ações humanas, embora se dirija a um fim, não tem por princípio a busca consciente desse objetivo.

Estas formulações são muito adequadas para a compreensão do universo simbólico dos grupos sociais. É especialmente produtiva na perspectiva deste trabalho, a discussão que o autor faz a respeito do que denomina *economia dos bens simbólicos*. A partir de um estudo sobre trocas de dádivas em uma sociedade pré-capitalista, ele afirma que nas economias capitalistas, ao contrário do que pensa a sociologia de orientação economicista, existem setores inteiros que não funcionam inteiramente de acordo com a lei do interesse como busca de maximização do lucro monetário. No universo econômico existem vários mundos, cada qual com sua “racionalidade” específica, que supõe disposições “razoáveis” ajustadas às razões práticas de cada um desses mundos. Existem alguns desses mundos que criam condições objetivas para que neles os agentes sociais tenham interesse no desinteresse. É o caso da troca de dádivas, que BOURDIEU (1996)

analisa a partir da sua descrição por Lévi-Strauss como uma estrutura de reciprocidade. BOURDIEU (1996) observa que o intervalo entre a dádiva e a retribuição (que, embora em princípio negada, acaba acontecendo sempre) é o que diferencia essa relação de troca das relações regidas pelo princípio do lucro. O intervalo tem a função de mascarar a relação entre esses dois atos e apresentá-los como independentes um do outro. Mas essa constatação não elimina a necessidade de compreender a diferença entre a troca de dádivas e uma ação de crédito. "O importante na troca de dádivas é que, através do intervalo de tempo interposto, os dois trocadores trabalham, sem sabê-lo e sem estarem combinados, para mascarar, ou realçar, a verdade objetiva do que fazem. Verdade que o sociólogo desvenda, mas correndo o risco de descrever como cálculo cínico um ato que se quer desinteressado e que é preciso tomar como tal, em sua verdade vivida, e que o modelo teórico também deve perceber e do qual deve dar conta". (BOURDIEU 1996, p 166)

Essa formulação pode ser relacionada com uma particularidade da afirmação da medicina como profissão moderna. No seu campo simbólico, conforme exposto no CAPÍTULO I (pg. 7), o ato desinteressado, historicamente entendido como atributo natural do médico, é um dos elementos que contribuiu para que a profissão se afirmasse e ganhasse prestígio na sociedade. Justifica-se, assim, o interesse em incorporar a este estudo mais elementos sobre a questão das trocas simbólicas.

Para BOURDIEU (1996), elas são trocas que têm sempre verdades duplas, uma ambigüidade baseada na automistificação e no desconhecimento coletivo, cujo fundamento se inscreve nas estruturas objetivas e nas estruturas mentais, excluindo a possibilidade de pensar e de agir de outro modo. Dessa forma, quem dá e quem recebe estão preparados e inclinados, por todo um trabalho de socialização, a agir sem intenção nem cálculo de lucro.

Além disso, a troca de dádivas acontece como se existisse um acordo entre os agentes para evitar a explicitação de um acordo prévio a respeito do valor relativo das coisas trocadas e dos termos da troca, ou seja, do preço. A verdade objetiva do interesse econômico é negada ou é enunciada por eufemismos. A sociedade não exige que os indivíduos façam exatamente o que é necessário, que

se conformem perfeitamente, mas que mostrem sinais visíveis de que respeitariam as regras, se pudessem.

Para entender essa conduta dupla, no entanto, é necessário abandonar a lógica da consciência e do livre arbítrio de um indivíduo isolado, da ação como produto de uma consciência intencional. Embora se expresse individualmente, o *habitus* pertence ao campo social, e o indivíduo não tem domínio sobre ele.

A recusa do caráter econômico de algumas relações de troca, que Bourdieu (1996) chama de hipocrisia natural, é mais exigida dos que ocupam posições dominantes, os que não podem se rebaixar, explicitando interesses econômicos nas trocas. Assim ocorre a transfiguração das relações de dominação e de exploração, que ocorrem com a cumplicidade objetiva dos dominados, uma vez que o dominado aplique ao dominante e aos seus atos as mesmas estruturas de percepção que o dominante usa para produzi-los. A alquimia que transforma a verdade das relações de dominação no paternalismo é um dos exemplos. Para que funcione, é preciso que seja sustentada por toda a estrutura social, o que inclui as estruturas mentais e disposições produzidas por essa estrutura social.

A economia simbólica gera capital simbólico, isto é, um capital de reconhecimento que é adquirido por aquele que cumpre os atos de eufemismo, de transfiguração, de conformação acima descritos. Uma propriedade qualquer, como habilidade física, riqueza, ou sucesso profissional, quando percebida pelos agentes sociais dotados das categorias de percepção e de avaliação que lhes permitem percebê-la, adquire a eficiência de uma força mágica, exerce uma espécie de ação à distância, sem esforço físico. Permite ao detentor desse capital exercer uma dominação sem que seja percebido como dominador, apoiando-se simplesmente em "expectativas coletivas", em disposições para adesão imediata, produzidas pelo trabalho de socialização. O autor denomina violência simbólica essa transformação da dominação em reconhecimento.

No processo de constituição das sociedades capitalistas, emerge um campo simbólico novo, não submetido às exigências de eufemização, e cujo princípio é a lei do interesse material publicamente explicitado. Assim, a lógica do mercado adquire certa autonomia, constituindo um universo em que os agentes sociais não só podem fazer negócios, mas confessar a si próprios e publicamente

que lá estão para fazê-los. Nesse universo, família e outros grupos com características corporativas vivem uma realidade especialmente controvertida. Por um lado, sua coesão é ameaçada pela crescente generalização de disposições calculistas, que ameaçam a indivisão dos bens e de tarefas sobre as quais repousa a unidade familiar. Por outro, as mesmas forças da economia pressionam a família para que mantenha a coesão, pois a produção do capital depende, em parte, da reprodução da unidade familiar.

Bourdieu (1996) aponta o fato de que essa situação também é encontrada em outros grupos dotados de espírito corporativo, observação especialmente importante para este trabalho, que tem por objeto os estudantes de medicina, grupo inserido numa das profissões mais corporativas.

A produção teórica de Bourdieu (1996) sobre a empresa religiosa contribui para aprofundar o tema das trocas simbólicas. Ele discute como, fundando-se na recusa do econômico, no decorrer da história, a empresa religiosa vem se apoiando cada vez mais na lógica do mercado para desenvolver suas ações. Segundo Bourdieu (1996), a própria transação puramente simbólica do clero com os laicos tem perdido importância, dando lugar à relação com o Estado que, ao financiar atividades da Igreja, aumenta seu poder temporal sobre os agentes, que devem ser católicos para delas se beneficiar como usuários ou como empregados.

Esse mecanismo garante à Igreja uma "clientela", isto é, retornos materiais e simbólicos, sem que se perca a imagem de desinteresse e de humildade que caracteriza declaradamente essa organização.

A empresa religiosa, e mais especificamente a Igreja católica, fundada na recusa ao econômico, está mergulhada num universo em que a busca do maior lucro possível é o motor da maior parte das práticas cotidianas. Trata-se, portanto, de uma empresa econômica, cujo funcionamento se torna possível a partir da negação do caráter econômico, a partir de uma ambigüidade na qual a troca se transfigura em doação de si a um tipo de entidade transcendental. Por exemplo, o trabalho do sacristão não é considerado um ofício comum, mas a prestação de um serviço divino. Os padres, que recebem da Igreja o necessário para manter um determinado nível de vida, não admitem que esses recursos pecuniários sejam chamados de salário e nem de honorários. Afirmam que, em troca da sua dedicação ao serviço religioso, a Igreja cuida de sustentá-los. Essa ambigüidade faz parte das

próprias condições de funcionamento e de êxito da empresa religiosa (BOURDIEU 1996).

Esse trabalho de automistificação é coletivo, mantido por todo um conjunto de instituições sociais de assistência, da qual a primeira e mais poderosa é a linguagem. Além de ser um meio de expressão, a linguagem é um princípio de estruturação, que funciona como apoio da liturgia, da tecnologia social da gestão católica das trocas e das relações sociais e também nos cargos, nos *habitus*, nas maneiras de ser, de falar, etc.

O conjunto das referências teóricas acima relacionadas contém elementos que podem contribuir para a investigação do pensamento de estudantes de medicina sobre a profissão que escolheram. Sugerem a aproximação do universo simbólico desse grupo, para identificar as idéias que explicam, justificam ou questionam a profissão médica, atribuindo-lhe significados e possibilitando trocas de pensamentos, sentimentos e crenças nesse espaço sociocultural.

Na mesma perspectiva teórica e com objetivos similares, o trabalho de Teixeira (1998), examina representações sociais de estudantes de Serviço Social sobre a profissão. Trata-se de um estudo de caso, com alunos ingressantes e concludentes de curso de Serviço Social. Encontra significados sociais historicamente associados ao serviço social: o prazer de servir, de ajudar; o desprendimento; as práticas históricas de ajuda, associadas à igreja Católica, a damas da caridade e a primeiras damas. Encontra também a representação do profissional do esclarecimento, da conscientização, com compromisso explícito com os trabalhadores. Em todas as interpretações é dada importância especial para as qualidades pessoais como fundamentais para o exercício da profissão. A autora conclui que as representações sociais sobre o Serviço Social reveladas no seu trabalho indicam que é possível desenvolver no cotidiano visões mais próximas da realidade do objeto. Que contém conteúdos ligados não só à manutenção de significados sociais imobilizados como também de renovação desses significados (TEIXEIRA 1998).

2.2. DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO – UMA ESTRATÉGIA PARA A CAPTAÇÃO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

O estudo das representações sociais é mediado por abordagens próprias da pesquisa qualitativa, capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, tomadas como construções humanas significativas. É através da comunicação verbal que as pessoas expressam e ao mesmo tempo lidam com os conflitos e contradições presentes no campo social, através de processos relacionados de resistência e submissão. (MINAYO 2000)

Dessa maneira, o acesso do pesquisador às representações sociais de um grupo costuma se dar através da fala individual de um ou mais indivíduos tomadas como representativas do pensamento do grupo ao qual tais indivíduos pertencem.

Michelat (1985) contribui para a compreensão da fala individual como representativa da fala coletiva. Para ele, "cada indivíduo é portador da cultura ou das subculturas às quais pertence e é representativo delas." (MICHELAT 1985, p. 194) Considera, também, a constituição das culturas como resultado de processos históricos, nos quais a produção ideológica das diferentes estruturas sociais é interiorizada pelo indivíduo de modo que as produções verbais dos indivíduos podem fornecer informações sintomáticas sobre o modelo de sua cultura. Considerando, portanto, cada indivíduo como uma aplicação restrita de sua cultura e de suas subculturas, busca reconstituir, através de depoimentos individuais, o modelo de cultura que está subjacente a eles. Isso não implica que acredite que a imagem da cultura obtida seja idêntica nas falas de todos os indivíduos dos diferentes grupos. Muitos fatores, como o tipo de relação com a cultura global mantida pelos diferentes grupos aos quais o indivíduo pertence, as marcas deixadas pelos grupos aos quais já pertenceu, as particularidades de seu processo de socialização, vão determinar a forma como o indivíduo torna mais ou menos sua a cultura do seu grupo.

No entanto, a expressão espontânea individual não revela o sujeito como indivíduo, mas sim como uma amostra da comunidade. Ao perguntar ao entrevistado mais o que ele pensa e sente, do que o que sabe, é possível captar a

singularidade da sua relação com a cultura que o envolve. "O indivíduo sente, mais do que conhece, estes modelos e aplica-os com toda candura sem poder descrevê-los conscientemente". (SAPIR 1967 citado por MICHELAT 1985, p.197)

Para Lefèvre (2000), o imaginário é um universo simbólico compartilhado, cuja função é permitir as interações sociais, as trocas comunicativas numa dada formação sociocultural e, dentro dela, num dado setor. Mas o imaginário, representação social, não existe independentemente da sua descrição, à semelhança das realidades virtuais. "É composto exclusivamente por matéria discursiva, capaz de gerar afirmações, pensamentos, sentimentos, crenças, encadeamentos de idéias, justificativas, demonstrações, posicionamentos etc., porque são estas coisas que se trocam nas interações sociais."(LEFÈVRE 2000) Este conceito de imaginário é muito útil para a pesquisa das representações sociais da profissão médica pelo estudante de medicina. Ao adota-lo o pesquisador se encaminha para encontrar respostas não exatamente para o que pensa o sujeito, mas para o que esse sujeito, inserido numa dada formação social em determinado momento, pode pensar. "Pois as representações sociais são matéria prima para a produção de pensamentos, matrizes discursivas existentes numa da formação social, num dado momento histórico, das quais todos os membros desta sociedade podem lançar mão para pensar sobre um tema específico. O que determinado indivíduo ou grupo de indivíduos pensa, no cotidiano, é o recorte particular que faz do seu imaginário" (LEFÈVRE 2000)

Se o pesquisador optou pela metodologia qualitativa, são esses os recortes que obterá nos depoimentos individuais. Na falta de um acesso ao conjunto dos discursos possíveis num determinado grupo numa situação dada, correrá o risco de seu trabalho se resumir à transcrição comentada de excertos isolados de depoimentos individuais, perdendo a oportunidade de com eles reconstruir o pretendido imaginário social ou coletivo.

Para recuperar a fala do social LEFÈVRE (2000) criou a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), um expediente que institui um discurso do social na "primeira pessoa", com o objetivo de estar mais próximo do pensamento de uma coletividade. Propõe e detalha um procedimento para identificar e "somar qualitativamente" discursos semelhantes ou complementares obtidos de depoimentos de indivíduos. Esta soma qualitativa é o DSC, isto é, um discurso geral

feito de discursos individuais agregados. Ou, em outras palavras, um discurso abstrato construído com discursos particulares concretos que foram desparticularizados, isto é, transformados em discursos do coletivo.

Para operar essa desparticularização o pesquisador manipula o conjunto dos discursos individuais, recortando-os de acordo com os pressupostos e os objetivos que estabeleceu para seu trabalho e as categorias que criou para sistematizá-lo. Um mesmo depoimento, por exemplo, pode ser dividido em partes que vão compor discursos diferentes. Começa identificando os trechos ou segmentos de cada depoimento individual que revele a sua essência de maneira a isola-los de tudo o que é irrelevante ou secundário. Esses trechos são denominados **Expressões-Chave**. A leitura atenta das Expressões-Chave, dirigida para a identificação das que são similares ou correspondentes, deverá resultar no agrupamento dessas expressões a partir do que têm em comum, ou a partir de uma **Idéia Central**. Idéia Central é a expressão lingüística apropriada para descrever, da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido de um agrupamento de Expressões-Chave, que passa a ser por ela nomeado. Utilizando todas as Expressões-Chave de cada agrupamento e acrescentando apenas termos conectivos para dar-lhes a forma de frases encadeadas, constrói-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Essa foi a estratégia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa na qual se baseia este trabalho, por razões que ficarão claras no decorrer da exposição.

2.3. A PESQUISA EXPLORATÓRIA

A problemática que é objeto deste trabalho foi construída em duas etapas, desencadeadas pela responsabilidade que assumi de implantar a disciplina Saúde Coletiva I no Curso de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes, no primeiro semestre letivo de 1999.

Pressionada especialmente pela repercussão dos resultados das avaliações do MEC no meio acadêmico, a instituição precisava superar a tendência

biologista do curso e atender às novas necessidades da sociedade relativas ao perfil do profissional de medicina. Durante o ano de 1998 foi desencadeado um processo de reforma curricular na maioria dos cursos do Centro de Ciências Biomédicas. No Curso de Medicina, constatou-se a fragmentação dos conteúdos em muitas disciplinas, a falta de integração da área básica com a formação profissional e a ênfase excessiva na especialização.

A proposta de reforma curricular, aprovada pela Diretoria de Graduação, atendia aos preceitos legais do MEC e às diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação, constituindo uma carga horária de 7290 horas aula distribuídas em seis anos, expandindo o internato para três semestres letivos e incluindo disciplinas como português, inglês e informática. Baseava-se nos princípios da interdisciplinaridade e da articulação entre ciências básicas e clínicas, e adotava a perspectiva de prevenção e de promoção da saúde. Optava pela orientação humanística na formação de profissionais de medicina. A Saúde Coletiva, disciplina incluída na grade horária do primeiro ao quarto ano, apresentava-se como um núcleo de disciplinas, envolvendo Enfermagem, Sistemas de Saúde, Administração e Noções de Epidemiologia. (UMC 1998)

Até então, como disciplinas afins a esse núcleo, apenas Medicina Social e Medicina do Trabalho compunham o currículo, a partir do 5º ano, com cargas horárias de 120 e 90 horas/aula, respectivamente. A carga horária total prevista no novo currículo, para Saúde Coletiva, era de 390 horas/aula.

Tratava-se, portanto, de uma mudança curricular destoante da tendência dominante de valorizar apenas a especialização e o aprendizado de procedimentos sofisticados, e contava, para se realizar, com a adesão de professores e alunos a uma concepção de medicina e de saúde, e mesmo de ensino, diferente da que baseava o currículo anterior.

O conteúdo de Saúde Coletiva era distribuído em três grandes unidades:

- Processo saúde-doença-saúde na perspectiva da integralidade;
- Promoção da saúde;
- Serviços de saúde no Brasil.

Estabelecia como objetivos:

- Sensibilizar o aluno para compreender o ser humano nas suas dimensões física, psicológica, social e cultural, e para compreender a saúde como qualidade de vida articulada com essas dimensões;
- Colocar o aluno em contato com a realidade da saúde na região de Mogi das cruzeiras;
- Situar o aluno no histórico da formulação do conceito de promoção da saúde;
- Introduzi-lo no conhecimento do sistema único de saúde.

Na perspectiva da implantação dessa disciplina no primeiro ano, e a partir das dificuldades já conhecidas pelo próprio histórico da educação médica, de formar um profissional identificado com os valores da cidadania, da saúde como direito e da visão integral do ser humano, foi pressuposto:

Que eles trariam para o curso expectativas de participação no mais avançado progresso científico e tecnológico e de terem, depois de formados, clientela própria e um trabalho respeitado e bem remunerado.

Que por esse motivo apresentariam algum grau de resistência aos conteúdos da Saúde Coletiva, pertencentes a outro modelo de formação profissional.

Essa questão sugeria que, para que se criassem condições de desenvolver um processo de formação profissional centrado no aluno como sujeito, se fizesse uma aproximação da subjetividade do aluno, um contato com seus valores, fantasias e mitos sobre saúde e sobre medicina. Essa foi a primeira etapa da construção de um problema de pesquisa, ainda limitado aos já citados interesses da implantação de uma disciplina nova.

Um questionário de nove questões (Anexo I) foi elaborado e apresentado aos alunos do primeiro ano de 1999, no primeiro dia de aula de Saúde Coletiva I, com a intenção de iniciar a pretendida aproximação. Indagava os motivos da escolha do curso, as principais qualidades, defeitos e responsabilidades de um médico, as diferenças e semelhanças entre o médico e o professor, as concepções de saúde e de doença.

As respostas dos alunos surpreenderam, por expressarem uma visão da profissão que não correspondia às hipóteses iniciais sobre suas predisposições e muito menos à realidade da prática atual da medicina.

Essa visão se expressava nos motivos de escolha do curso, que se distribuíam entre vocação, desejo de ajudar o próximo, desejo de ser útil à sociedade e expectativa de salvar vidas. Expressava-se também na definição de competência, na abnegação, na boa relação como os pacientes e no altruísmo como as principais qualidades de um médico. E apontava a incompetência, a ganância, a prepotência e a arrogância como seus principais defeitos.

A oposição entre tais expectativas profissionais e as condições reais da profissão conduziu a reflexão para um novo patamar. Considerando a idade dos alunos, suas falas poderiam estar exprimindo imagens idealizadas, próprias da juventude e por isso transitórias, com grande possibilidade de serem modificadas pelo conhecimento dos limites técnico-científicos da profissão e pela convivência com professores, colegas e pacientes no decorrer do curso. Também poderiam ser expressão de disposições mais permanentes, resultantes do confronto do processo de interiorização das estruturas objetivas da sociedade com o processo estruturante da realidade subjetiva dos diferentes grupos sociais. Nesse caso, poderíamos entender os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) deste grupo de estudantes como expressões verbais de representações sociais, ou como, na construção teórica de Bourdieu, *habitus*. Ainda caberia investigar o impacto do curso de medicina sobre essas representações sociais ou, de outra forma, como elas participariam, no decorrer do curso, na produção de posturas profissionais.

O problema que se apresentava, era investigar e comparar, nas falas individuais de estudantes de diferentes séries do curso de medicina da Universidade de Mogi das Cruzes, elementos de um imaginário coletivo, bem como discutir esse imaginário no confronto com a realidade da prática médica atual.

No ano de 2000, ao assumir alguns conteúdos da disciplina Medicina Social, no quinto ano do curso, tive oportunidade de colocar em prática essa investigação. De início, a convivência com a nova turma permitiu a observação empírica das diferenças de comportamento das duas turmas em sala de aula.

Os primeiros anos, com cerca de 60 alunos cada, caracterizavam-se pelo comportamento alegre, barulhento e indisciplinado em sala de aula.

Apresentavam grande disposição, ao mesmo tempo, para as diferentes propostas de ensino, envolvendo-se com boa vontade, tanto na apresentação de trabalhos de grupo quanto no trabalho de campo, com resultados, na maioria, de qualidade. Discussões dirigidas sempre foram muito concorridas, notando-se muita necessidade dos alunos de expressar suas opiniões.

O comportamento dos alunos de quinto ano, pelo contrário, era contido, silencioso. Seus comentários a respeito dos estágios no Centro de Saúde Escola e no Hospital da cidade faziam pensar que estes eram fonte de muitas frustrações. A turma só interferia na aula no sentido de propor conteúdos mais ligados à necessidade imediata de preparo para exames de residência. Era muito reduzido o interesse por qualquer assunto que fugisse desse objetivo restrito. Os próprios alunos reconheciam ter dificuldade de participar de discussões, pela “falta de hábito de pensar” (sic). Essas observações reforçaram a conveniência de realizar um estudo comparativo das representações sociais sobre a profissão, nas duas turmas.

Apliquei o questionário no novo primeiro ano e também no quinto. Juntando com os que tinham sido respondidos pela turma de 1999, pude trabalhar com um total de 126 questionários respondidos. Eles continham idéias de um grupo relativamente homogêneo em idade e no perfil sócio econômico cultural, cujos membros participavam de um mesmo espaço no campo social: condições ideais para o resgate da fala do social através da aplicação da estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As respostas dos alunos aos questionários se baseavam nas mesmas idéias já verificadas no ano anterior, e apresentavam pequenas diferenças entre os dois primeiros e o quinto ano. Neles, foram identificadas 29 idéias centrais, em torno das quais foram construídos 67 Discursos do Sujeito Coletivo, que estão organizados no Anexo II. Para o prosseguimento desta explanação, serão discutidos apenas os resultados das respostas a duas questões.

Os Discursos do Sujeito Coletivo elaborados a partir das respostas à **questão 2. Porque você está fazendo o curso de medicina?** expressavam representações sociais da Medicina como vocação, como missão de ajudar o próximo e de ser útil à sociedade, como possibilidade de salvar vidas ou de melhorar a qualidade da vida das pessoas.

DISCURSOS DA VOCAÇÃO		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
<p>Faço o curso de medicina porque foi aquele que mais me fascinou. Tenho uma certa paixão pela medicina e estou no curso apenas para obter a satisfação pessoal de realizar um sonho. Sonho que é, ao mesmo tempo, um desafio. Acredito que tenho vocação, pois sempre achei essa profissão muito bonita. Desde criança me vejo trabalhando como médico. Nunca quis ter outra profissão.</p>	<p>Escolhi o curso de Medicina por vontade própria, pois tenho vocação. Sempre quis ser médico, por afinidade e por admiração. Acho que a Medicina é uma profissão muito bonita, na qual vou me realizar profissionalmente.</p>	<p>Desde pequeno, sempre tive o sonho de fazer Medicina, nunca pensei em realizar outro trabalho. Se não fosse a Medicina, não saberia o que fazer. É meu ideal de vida, minha vocação.</p>

No DSC da **vocação** repetiam-se, nas três turmas, as expressões sempre quis, desde criança, e nunca pensei em outra coisa, que parecem remeter a uma determinação independente da vontade (ou da escolha) do indivíduo. Encontravam-se também, distribuídas nos discursos das três turmas, as expressões paixão, sonho, desafio, admiração, ideal e muito bonita, que têm em comum uma conotação de deslumbramento. É surpreendente a permanência dessa forma de pensar até o quinto ano, apesar de todas as experiências negativas que os alunos já tiveram, em seus estágios práticos.

O DSC da **ajuda ao próximo** foi construído em torno da idéia de servir, de ajudar, de ser útil. Presente também nas três turmas, conforme quadro abaixo, parece não se modificar durante os quatro anos de aulas e estágios práticos.

DISCURSOS DA AJUDA AO PRÓXIMO		
1.º ANO 1999	1.º ANO 2000	5.º ANO 2000
<p>Porque gosto do contato com outras pessoas e como médico poderei ver o ser humano como ele é. Gostaria de ajudar o próximo, as pessoas mais necessitadas, as pessoas enfermas. Este curso me possibilita melhorar a saúde das pessoas de uma forma direta, aliviar seu sofrimento. Tenho vontade de poder ver uma pessoa feliz por eu ter ajudado a alcançar um estado saudável. É como uma missão...</p>	<p>Escolhi o curso de Medicina porque é um dos cursos que contribuem mais diretamente para melhorar o bem estar das comunidades e de prestar algum tipo de assistência aos indivíduos.</p>	<p>Estou cursando Medicina para ajudar e servir o próximo. O curso oferece a oportunidade de fazer um trabalho social dentro da própria profissão. Quero estar em contato direto com pessoas e poder de alguma forma entendê-las, ajudá-las ou influenciar em suas vidas, através de meu conhecimento. Gosto muito da relação médico-paciente, do respeito que o médico tem em relação às pessoas.</p>

Diferencia-se, porém, na nomeação do objeto da ajuda: o ser humano, as pessoas mais necessitadas, as pessoas enfermas, os indivíduos, o próximo, o paciente, ou toda a população, grande número de pessoas, as comunidades, a sociedade. O primeiro grupo de palavras remete para uma visão de ação profissional tendente ao individualismo e ao paternalismo, enquanto o segundo indica visões mais próximas de uma expectativa de mudança social. É interessante notar que, numa escala da posição mais individualista para a mais voltada para o social o quinto ano se coloca no extremo mais individualista, seguido do primeiro de 2000, em posição intermediária, e em seguida do primeiro de 1999, no outro extremo da escala.

O DSC de ser útil á sociedade, registrado no quadro abaixo, aparece apenas nos primeiros anos.

O DSC DE SER ÚTIL Á SOCIEDADE	
1.º ANO 1999	1.º ANO 2000
Escolhi o curso de medicina porque é uma profissão muito bonita, que pode contribuir para melhorar as condições de saúde de toda a população. Quero ser útil á sociedade e ajudar um grande número de pessoas a curarem suas enfermidades. Acredito na ajuda mútua e na capacidade do homem de mudar o que o rodeia.	Escolhi o curso de medicina porque desejo prestar serviços á sociedade e ajudar as pessoas.

O primeiro ano de 1999 se diferencia das outras duas turmas, no DSC de ser útil à sociedade, no qual expressa mais claramente do que no primeiro ano de 2000 a crença na possibilidade de contribuir para uma mudança social, que está ausente no DSC do quinto ano.

Os **DSC de afinidade com as ciências biológicas** também estava presente nas três turmas.

O D.S.C. DE AFINIDADE COM AS CIÊNCIAS MÉDICAS		
1.º ANO 1999	1.º ANO 2000	5.º ANO 2000
Estou cursando medicina por ter afinidade com as diversas áreas médicas, por ser o curso mais compatível com minhas aptidões e meus interesses. Gosto da área médica, gosto de estudar, quero conhecer o funcionamento do organismo, ter contato com pessoas, curar doentes e tentar prevenir algumas doenças. A Medicina tem um campo muito grande, é um curso com contato pessoal, não frio como outras áreas.	Desde a época do ginásio me interesse pela biologia, fisiologia e anatomia, tenho vontade de conhecer o funcionamento do corpo humano e os métodos de cura de doenças. Acho que tenho aptidão.	Gosto e acredito ter aptidão para o curso, acho o corpo humano incrível e me interesse pelo desafio de descobrir o diagnóstico. Sempre gostei de cuidar da doentes, na escola adorava fazer trabalhos sobre doenças.

Eram comuns a todas as turmas, nesse DSC, os termos aptidão, conhecer o funcionamento do organismo ou do corpo humano, curar doentes ou doenças. Mais uma vez, o primeiro ano de 1999 se destacava das demais turmas usando a expressão prevenir doenças. De um modo geral, este discurso parece expressar mais objetivamente do que os anteriores escolhas pessoais.

O **DSC do desafio de lidar com a vida** se encontrava nas respostas do primeiro ano 1999 e do quinto ano.

DISCURSOS DO DESAFIO DE LIDAR COM A VIDA	
1.º ANO 1999	5.º ANO 2000
Porque esse curso nos dá a chance de poder preservar a vida, representa a oportunidade de conhecermos em profundidade as atividades que envolvem a manutenção e a valorização da vida .	Sempre gostei de cuidar de vida, poder salvar a vida ou torná-la melhor. Quero utilizar meu conhecimento para proporcionar a cura, o bem estar ou o alívio.

Continha as expressões cuidar, preservar, melhorar ou salvar vidas, que iriam reaparecer nas três turmas, nas respostas às questões 3. e 4., que tratam das qualidades e defeitos e da principal responsabilidade de um médico.

Os Discursos do Sujeito Coletivo construídos a partir das respostas à **questão 3. Qual é a principal qualidade de um médico? e qual o principal defeito?** confirmavam e complementavam as representações sobre a profissão constatadas nas respostas à questão anterior. Eles expressavam expectativas quanto ao papel do médico como um profissional que deve ser competente, abnegado, capaz de estabelecer uma relação humana com os pacientes, sempre

pronto a atender quem necessita dele, sem interesse em vantagens pessoais de qualquer tipo. A incompetência, a ganância, a prepotência e a arrogância foram apontadas como seus piores defeitos.

DISCURSOS DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE		
1.º ANO 1999	1.º ANO 2000	5.º ANO 2000
<p>A principal qualidade de um médico é saber lidar com as pessoas como seres humanos que têm problemas e sentimentos; inspirar confiança, respeito e tranquilidade ao paciente, em todas as situações e dispor-se a ajudá-lo física e psicologicamente.</p> <p>O principal defeito é a frieza, o descaso, o egoísmo a falta de um relacionamento humano com o seu paciente. Não dar a eles a atenção necessária, não considerar suas idéias, buscar apenas explicações científicas para tudo, deixando de lado fatores psicológicos.</p>	<p>A principal qualidade de um médico é seu bom relacionamento com o paciente, o qual deve ter compaixão, humildade, delicadeza, serenidade, dedicação, ser honesto, e sincero com o paciente.</p> <p>O principal defeito é a frieza, a arrogância, a impaciência e a desonestidade no trato com o paciente.</p>	<p>A principal qualidade de um médico é sua boa relação com o paciente, baseada em respeito, compreensão, solidariedade e capacidade de ouvir e dar amparo ao paciente e aos seus familiares.</p> <p>O principal defeito de um médico é a perda do contato humano com o paciente, o menosprezo pelas suas informações, a pressa ou a frieza, em síntese, a atitude prepotente.</p>

DISCURSOS DA COMPETÊNCIA		
1º ANO 1999	1º ANO 2000	5º ANO 2000
<p>A principal qualidade de um médico é seu conhecimento e aptidão para curar e salvar vidas, sua perspicácia para diagnosticar e para fazer feliz uma pessoa.</p> <p>O principal defeito é ele não saber usar tudo o que sabe adequadamente, ser negligente, omissivo, sem interesse na profissão.</p>	<p>A principal qualidade de um médico é o conhecimento que lhe permite atender com eficiência e competência, a capacidade de curar e de salvar vidas.</p> <p>O pior defeito é ele não estar ciente da sua importância na vida dos outros, perder vidas por despreparo ou por só pensar em dinheiro. É não poder saber tudo, não ser perfeito.</p>	<p>A principal qualidade de um médico é seu saber e competência para salvar vidas, aliviar a dor, curar as doenças. O médico tem que saber tudo o que sua atividade exige.</p> <p>Saber menos que isso é o seu pior defeito.</p>

DISCURSOS DA ABNEGAÇÃO X GANÂNCIA	
1.º ANO 1999	5.º ANO 2000
<p>A principal qualidade de um médico é sua dedicação à profissão, com seriedade, responsabilidade e dedicação, socorrendo as pessoas independentemente de terem ou não dinheiro para pagar.</p> <p>O principal defeito é a ganância, o charlatanismo, a pilantragem, o desejo exagerado de enriquecer, o uso do dom da vida apenas para enriquecer.</p>	<p>A principal Qualidade de um médico é sua honestidade e responsabilidade, que exige dedicação e mesmo a abnegação de renunciar ao convívio com os familiares para estudar e dedicar-se aos pacientes.</p> <p>O principal defeito de um médico é a omissão, a ganância, o exercício da medicina apenas por dinheiro.</p>

DISCURSOS DA HUMILDADE X ARROGÂNCIA	
1.º ANO 1999	5.º ANO 2000
<p>O principal defeito de um médico acontece quando acha que sabe tudo e o poder de lidar com a vida lhe sobe à cabeça, tornando-o arrogante. A ponto de se sentir culpado por fatalidades.</p> <p>A principal qualidade de um médico é a humildade. Ele deve reconhecer que sempre tem algo a aprender, mesmo que seja com um paciente. Deve conhecer seus limites, ser humano, cultivar a simplicidade.</p>	<p>O principal defeito de um médico é ele se achar superior, acima do bem e do mal. Capaz de resolver todos os problemas e incapaz de cometer erros, em síntese, ser arrogante e sentir-se onipotente.</p>

DISCURSO DO AMOR AO PRÓXIMO
1º ANO 1999
<p>A principal qualidade de uma médico é o amor ao próximo, a possibilidade de servir à população, contribuindo para o bem da sociedade.</p>

Dois elementos chamam a atenção: a repetição dos mesmos DSC nas turmas de primeiro e de quinto ano, como se os quatro anos de curso não tivessem influído nas concepções sobre a profissão, e o fato desses DSC expressarem valores que negam a realidade atual da medicina, realidade essa conhecida por todos os que responderam o questionário.

Para aprofundar a compreensão desses fatos, foi realizada uma experiência de incorporar a participação dos alunos.

2.3.1. A sessão devolutiva

A primeira turma estudada – o primeiro ano de 1999, foi abordada novamente no segundo semestre de 2000, quando já se encontrava no segundo ano, durante uma aula de outro professor. Em grandes quadros afixados na lousa foram apresentados os DSC construídos com as respostas de 1999 à **questão 2. Porque você está fazendo o curso de medicina?** Após breve explicação sobre o processo de sua construção foi solicitado a cada aluno que colocasse por escrito o que tinha a dizer, naquele momento, sobre cada um daqueles DSC. Para melhor organizar a exposição que se segue, passaremos a denominar os DSC construídos com os comentários aos DSC do primeiro ano, como DSC iniciais.

As respostas obtidas, tanto as que negam quanto as que reafirmam os DSC iniciais apresentados, foram mais longas e mais carregadas de

emoção do que as iniciais, como se os sujeitos se sentissem provocados pelas suas próprias falas de um ano atrás. Trabalhadas pela estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo, estas novas falas resultaram em outros DSC, daqui por diante denominados DSC2. (Anexo III)

Essa abordagem, que passa a ser tratada como **sessão devolutiva**, resultou em três tipos de DSC2: discursos de reiteração absoluta, discursos de reiteração relativa e discursos de negação de cada um dos DSC iniciais.

As repostas relativas ao **DSC inicial da vocação**³, ao mesmo tempo em que reiteram a representação da escolha do curso de medicina pela vocação/paixão/sonho, ponderam sobre a importância da paixão para facilitar as dificuldades próprias da carreira médica, discutem os limites dessa “visão utópica” e nega radicalmente, por fim, o discurso da vocação, qualificando-o de sentimentalista, exagerado, restrito. No discurso da reiteração da ideia de vocação se insere ainda a expressão “nós, os acadêmicos de medicina e os médicos já formados”, um indício de provável assimilação do corporativismo.

Da mesma forma que o da vocação, o **DSC inicial de ser útil à sociedade**⁴ é reafirmado, relativizado e negado na sessão devolutiva. Ele gera quatro DSC relativos, cada qual sintetizado numa Ideia Central. Estão presentes no grupo, portanto, tanto as representações sociais sobre a profissão como detentora de poder para mudar a realidade quanto as expectativas juvenis de se dedicar a uma causa, bem como elementos importantes para uma reflexão crítica a respeito da inserção do médico na sociedade.

O **discurso inicial da ajuda ao próximo**⁵ provoca três novos discursos, que a reiteram. No primeiro, de forma absoluta, pois a ajuda ao próximo é identificada como essência da medicina, algo que deve estar na alma do futuro

³ “Faço o curso de medicina porque foi aquele que mais me fascinou. Tenho uma certa paixão pela medicina e estou no curso apenas para obter a satisfação pessoal de realizar um sonho. Sonho que é, ao mesmo tempo, um desafio. Acredito que tenho vocação, pois sempre achei essa profissão muito bonita. Desde criança me vejo trabalhando como médico. Nunca quis ter outra profissão.”

⁴ “Escolhi o curso de medicina porque é uma profissão muito bonita, que pode contribuir para melhorar as condições de saúde de toda a população. Quero ser útil à sociedade e ajudar um grande número de pessoas a curarem suas enfermidades. Acredito na ajuda mútua e na capacidade do homem de mudar o que o rodeia.”

⁵ “Porque gosto do contato com outras pessoas e como médico poderei ver o ser humanos como ele é. Gostaria de ajudar ao próximo, as pessoas enfermas. Este curso me possibilita melhorar a saúde das pessoas de uma forma direta, aliviar seu sofrimento. Tenho vontade de poder ver uma pessoa feliz por eu ter ajudado a alcançar um estado saudável. É como uma missão “

médico. No segundo discurso, o prazer de ajudar pessoas é visto pela sua propriedade de facilitar o processo de cura. No terceiro, a ajuda individual às pessoas é descrita como mais eficiente do que a ação coletiva, revelando uma tendência para o individualismo. Por fim, o discurso inicial do amor ao próximo é criticado como pouco consistente, utópico, sentimentalista, com o contra argumento de que todas as pessoas, não apenas o médico, deveriam tratar o próximo com dignidade.

O discurso inicial da identificação com o campo das ciências biológicas⁶ é reiterado no seu todo, e depois relativizado, em torno da Idéia Central da identificação do caráter científico como *materialista*, em torno da qual foi construído um discurso que, por revelar especialmente o potencial de crítica presente no grupo, é aqui apresentado na sua íntegra.

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
O caráter "científico" identificado como "materialista".	É o discurso mais realista, menos sonhador e talvez mais materialista que os demais. Apresenta uma visão bem científica, e a une às aptidões de gostar de estudar. Porém, a medicina exige muito do contato com o paciente e do seu 'feeling'. Caso haja mais identificação do médico com a ciência do que com a relação humana inerente a profissão, o melhor a fazer é procurar uma especialidade que exija menos contato com o ser humano.

Os discursos gerados a partir do **DSC inicial do desafio de lidar com a vida**⁷, ao mesmo tempo que o reiteram, que o relativizam e que discutem seus limites, são especialmente demonstrativos da incorporação de conhecimentos pelos alunos nesse ano e meio de curso. Como exemplo, segue na íntegra o último discurso construído com as respostas relativas a este discurso inicial.

⁶ "sempre soube que queria seguir a carreira de biológicas, devido ao meu interesse e curiosidade cada vez maior pelo funcionamento do corpo e pela mente humana. O curso de medicina me proporcionará o prazer de estudar e desenvolver atividades científicas na busca desse conhecimento."

⁷ "Porque esse curso nos dá a chance de poder preservar a vida, representa a oportunidade de conhecermos em profundidade as atividades que envolvem a manutenção e a valorização."

IDÉIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Limites à preservação da vida.	<p>Esta posição é meio utópica. Não se pode começar a fazer medicina apenas com esse propósito, pois será decepcionante. Percebemos ao longo do ano que o curso permite a preservação da vida, porém nem sempre. Muitas vezes somente a atenção, o carinho e o respeito pelo paciente é o que podemos dar. Talvez não possamos salvar a vida de um, mas podemos aliviar sua dor e torná-lo mais feliz por diferentes formas. Mais do que na mera busca de preservação da vida, acredito no relacionamento humano entre médico-paciente, como condição para a eficiência no tratamento da doença. A valorização da vida depende também do paciente, não fumando, não bebendo, enfim, prevenindo a doença e valorizando a vida. Nós apenas mostramos às pessoas as possibilidades de conduzir suas vidas para melhor preservá-las.</p> <p>○ grande problema social é a falta de valorização da vida. Pessoas se matam indiscriminadamente e os médicos não são capazes de alterar esta condição.</p>

Não foi possível, nas condições de funcionamento do Curso de Medicina da UMC, a continuidade do trabalho de reflexão com os alunos sobre seus Discursos do Sujeito Coletivo em relação à realidade da profissão médica, como uma contribuição para a sua formação profissional. Esse procedimento da sessão devolutiva, embora restrito a uma hora de trabalho, possibilitou o enriquecimento da qualidade de interpretação dos DSC, e portanto da compreensão sobre o universo simbólico dos estudantes que responderam o questionário.

Como resultado dessa fase exploratória, constata-se que os discursos que se repetem nas turmas pesquisadas podem ser entendidos como *habitus*, elementos estruturais do espaço simbólico do campo da medicina, pouco permeáveis à influência do próprio curso universitário. O contraste entre os valores contidos nos discursos, pertencentes a outro cenário sócio econômico e cultural, e os propostos hoje pela medicina tecnológica dominada pelas leis do mercado não deve ser ignorado como elemento importante do processo pedagógico de formação profissional. Este trabalho, tendo como objeto de estudo as representações sociais de estudantes de medicina, propõe-se a ampliar e sistematizar seu conhecimento, num estudo comparativo. Nessa segunda etapa, pretende, além de aprofundar a discussão dos Discursos do Sujeito Coletivo construídos na relação com as condições objetivas da profissão médica, investigar se há diferenças significativas entre discursos de estudantes da Universidade de Mogi das Cruzes e os de estudantes de universidades de natureza e história diferentes. Ainda, considerando a significativa feminilização da profissão, pretende verificar quais seriam as diferenças entre as respostas do grupo feminino e do masculino.

2.4. INSTITUIÇÕES DE ENSINO PESQUISADAS OU CARACTERIZAÇÃO DAS UNIVERSIDADES PARTICIPANTES.

Para ampliar o universo mais abrangente de sujeitos da pesquisa foram contatadas duas instituições de ensino de natureza diferente da UMC: **Escola Paulista de Medicina - EPM**, universidade pública federal e a **Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP**, ligada à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Embora ambas tivessem autorizado a pesquisa, foi impossível realiza-la na EPM, devido à greve dos professores das universidades federais, que se estendeu de agosto a dezembro de 2001. O trabalho desenvolveu-se apenas no Curso de Medicina da **UMC** e na **FCMSCSP**, duas instituições de ensino superior localizadas na Grande São Paulo, fundadas na mesma época e que se diferenciam não apenas na natureza, mas também na sua história e inserção na sociedade.

A **Universidade de Mogi das Cruzes – UMC**, é uma universidade privada surgida a partir das experiências da entidade mantenedora Organização Mogiana de Educação e Cultura – OMEC – com a educação formal primária e secundária nessa cidade, desde a década de 60. Sua Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, criada em 1963 e reconhecida como universidade pelo Conselho Federal de Educação em março de 1973, foi a primeira instituição particular aprovada com status universitário dentro da filosofia da Reforma Universitária no Estado de São Paulo. (Lei 5540/68) Representa, juntamente com inúmeras outras instituições similares, a resposta do setor privado da sociedade à política educacional do governo militar que visava, entre outros alvos, a resolução da questão dos excedentes, foco de tensão no meio estudantil. (OLMOS 1999)

Atualmente a Universidade oferece 34 cursos de Graduação, 7 cursos superiores de formação específica seqüenciais, 2 programas de mestrado “*estricto sensu*”, 3 cursos de pós-graduação “*lato sensu*” e 7 cursos de especialização. A Graduação se organiza em três centros de ensino: Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, com 16 cursos, Centro de Ciências Humanas, com 7 cursos e Centro de Ciências Biomédicas, com 11 cursos. Neste último se encontra

o Curso de Medicina, que começou a funcionar em 1968 vindo a ser reconhecido pelo CFE em 1972.

O Curso de Medicina, o de maior mensalidade do CCB, se encontra em processo de reformulação curricular e administrativa desde 1998, atendendo não só às necessidades definidas pelo seu corpo docente e docente como também às exigências do MEC. Atualmente está estruturado por disciplinas, em regime semestral, com uma carga horária de 8000 horas. (Anexo IV)

A Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP, é uma universidade pública que tem suas origens na Irmandade da Santa Casa de São Paulo, instituição de origem portuguesa, que se instalou no Brasil desde o período colonial e participou intensamente da história da cidade. Dedicada inicialmente apenas a atividades de assistência social, gradativamente passou a priorizar a assistência médica e, ainda no século XVIII, criou o primeiro hospital da cidade de São Paulo. Até meados do século 20 esse foi o único local de atendimento médico para a grande maioria da população. De 1913 a 1948 serviu para o aprendizado clínico dos alunos do Faculdade de Medicina da USP, aprimorando-se na qualidade de atendimento, embora o ensino fosse assistemático, dependendo muito mais do interesse do aluno. (GUIBU 1986)

Em 1963 foi criada a Faculdade de Ciências Médicas dos Hospitais da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo. Reconhecida oficialmente em 1968, a nova Faculdade incorporou as propostas mais inovadoras da época em relação ao ensino médico, como o sistema de Departamentos, um eixo Clínica-Psicologia-Medicina Social ao longo dos 6 anos e o contato dos alunos com as enfermarias desde o 1º ano, com internato nos 2 últimos anos.

Por influência da tradição assistencial da Irmandade da Santa Casa, a FCMSCSP estabeleceu forte vinculação do ensino à prestação de serviços de saúde, com um corpo docente que também pertencia ao corpo clínico do Hospital. O Departamento de Medicina Social foi um dos responsáveis por esse vínculo, estabelecendo convênios com outros serviços, criando o primeiro Centro de Saúde Escola e articulando o Projeto Integração Docente Assistencial, no Distrito Sanitário de Nossa Senhora do Ó. Sua grade curricular atual CONTÉM 9580 horas/aula. (Anexo V)

2.5. SUJEITOS DA PESQUISA.

A escolha dos sujeitos de pesquisa se deu pelo critério da presença em sala de aula no dia da aplicação do questionário e concordância em respondê-lo. As situações de aplicação não foram idênticas. Na primeira fase, os sujeitos – estudantes do primeiro ano de 1999, do primeiro ano de 2000 e do quinto ano de 2000 da UMC – eram alunos da pesquisadora e foram abordados no primeiro dia da disciplina Saúde Coletiva I, nos primeiros anos, e da disciplina Medicina Social, no quinto ano.

Na sessão devolutiva, realizada em 2000, os sujeitos, então alunos de segundo ano, estavam em horário de aula cedido por outro professor.

Na fase final da pesquisa os sujeitos – alunos de primeiro e de quinto ano da UMC e da FCMSCSP – responderam o questionário em sala de aula, nos meses de junho, julho e agosto de 2001.

Essa extensão do período de coleta de dados foi necessária para que se obtivesse respostas do maior número possível de alunos de quinto ano das duas instituições, que se distribuíam em subgrupos em horários diferentes. Na FCMSCSP, a pesquisadora foi apresentada às turmas por professores do Departamento de Medicina Social. Na UMC, dirigiu-se aos seus alunos, como professora de Saúde Coletiva I ou de Medicina Social. Em cada uma dessas turmas, apresentou o objetivo da pesquisa, solicitou a colaboração dos presentes e esclareceu que as respostas deveriam ser espontâneas, baseadas nas opiniões e sentimentos dos sujeitos e não em conteúdos do curso. Foi também solicitado o consentimento por escrito. O tempo gasto nas respostas foi de quinze a vinte e cinco minutos.

Na primeira fase, 75 alunos de primeiro ano e 51 de quinto ano responderam o questionário, num total de 126 sujeitos. As turmas de primeiro ano apresentavam distribuição homogênea quanto à idade, com um intervalo muito pequeno de distribuição, entre 17 e 23 anos, concentrando-se mais de 50% do total na faixa entre 18 e 19 anos. A turma de quinto ano de 2000 se situava na faixa etária entre 21 e 29 anos, concentrando-se em 50,9% entre 23 e 24 anos.

Na fase final, responderam ao questionário 162 estudantes de Medicina, de 17 a 37 anos, sendo 73 da UMC e 89 da FCMSCSP. Entre os da Universidade de Mogi das Cruzes, 38 do primeiro ano e 35 do quinto ano. Entre os da Santa Casa, 58 do primeiro ano e 31 do quinto ano.

Nesse conjunto de sujeitos da pesquisa, 88 (51,2%) são mulheres e 74 (45,6%) homens. Essa distribuição se altera em cada grupo. As distribuições menos homogêneas quanto ao sexo estão no primeiro ano de Mogi – 68,4% de mulheres e no quinto ano da Santa Casa – 61,2% de homens.

Quanto à idade, a distribuição apresenta dois pólos de concentração: entre 19 e 21 anos, representando 75,0% do total de alunos de primeiro ano; e entre 22 e 24 anos, representando 80,3% do total de alunos do quinto ano.

Temos então um grupo de sujeitos que estão naquela fase da vida em que, na nossa sociedade, o jovem de 19 a 24 anos já completou seu desenvolvimento físico e mental, mas emocionalmente depende ainda de fatores sociais para alcançar a maturidade. Erikson⁸ (1968) define como fase de “moratória social”, em que o desenvolvimento da identidade está ligado ao tema fidelidade, isto é, à possibilidade do jovem acreditar e poder se dedicar a uma “causa” externa a ele.

2.6. INSTRUMENTOS.

O principal instrumento utilizado foi o questionário de perguntas abertas. Foi escolhido, na fase exploratória, por ser um instrumento que pode ser aplicado a um grande número de pessoas ao mesmo tempo, adequado, portanto, à abordagem das turmas de 60 alunos da UMC.

⁸ Erik Erikson, analista e professor alemão que se radicou nos EUA a partir de 1933 e produziu uma teoria sobre a relação entre a sociedade e o amadurecimento social, considera que a fidelidade é a virtude e a qualidade da força do ego do adolescente, mas só pode surgir na interação de uma fase vital com os indivíduos e as forças sociais de uma verdadeira comunidade. “Leal e legal têm a mesma raiz, lingüística e psicologicamente, pois o compromisso legal é um fardo inseguro, a menos que carregado com um sentimento de escolha soberana e experimentado como lealdade. É uma tarefa conjunta da coerência da bibliografia individual e da potência do processo histórico.” (ERIKSON, 1968 p. 237).

Compunha-se, inicialmente, de nove questões. (Anexo I) A primeira, apresentada como opcional desde a segunda aplicação, destinava-se a identificar os alunos de primeiro ano, o que se revelou desnecessário para o conhecimento que se pretendia obter e possivelmente constrangedor, especialmente pensando na extensão da aplicação ao quinto ano, onde a autocrítica poderia estar mais desenvolvida. Conservou-se, dessa questão, apenas um pedido de informação da idade do sujeito. As questões 2 a 9 se destinavam a obter informações sobre as imagens de médico, da Medicina, da relação entre saúde e educação e da percepção dos determinantes da saúde no imaginário desse grupo.

Com a preocupação de não inibir, com termos técnicos, a espontaneidade das respostas, foram redigidas em linguagem coloquial e leiga.

Embora o questionário seja um instrumento considerado mais diretivo do que a entrevista aberta, que teoricamente propicia maior espontaneidade na expressão, os resultados obtidos na fase exploratória confirmaram mais uma qualidade desse instrumento. Por não exigir uma relação desta como o entrevistador, como na entrevista aberta, e pela permissividade da não exigência de identificação, os pesquisados podem se sentir mais livres para exprimir opiniões que temem ser desaprovadas ou que poderiam colocá-los em dificuldades” (GOLDENBERG 2000) As respostas significativas, mais voltadas para o que o aluno pensa e sente do que para o que sabe, determinaram a opção por manter o mesmo instrumento de pesquisa na fase comparativa, com algumas modificações indicadas pelos resultados iniciais.

A análise das repostas demonstrou, no entanto, que, para o objetivo de captar valores e sentimentos, o questionário usado na fase experimental era muito longo. O tempo de resposta, por ser maior, e a necessidade de responder a várias questões sobre o mesmo assunto parece ter provocado maior esforço de racionalização nas últimas respostas. Também ficou clara a diferença entre as três primeiras questões e as seguintes que, pelo seu formato, deram margem a respostas mais conceituais, o que interferia nos objetivos propostos.

Com a definição das representações sociais como objeto do estudo comparativo entre universidades, era mais interessante ter poucas perguntas para facilitar a espontaneidade das respostas. Foram selecionadas do primeiro questionário as questões que, pelo seu enunciado, demandaram respostas

opinativas, nas quais é mais fácil captar a expressão de conceitos e valores: 2. Por que está fazendo o curso de Medicina? 3. Qual a principal qualidade de um médico? e qual o principal defeito? 4. Qual a principal responsabilidade de um médico?

A questão 3., pela densidade das respostas obtidas, foi desmembrada em duas. Sua redação foi levemente modificada, para estimular respostas menos formais. Desse trabalho resultou o principal instrumento deste estudo. (Anexo VI)

1. Por que está fazendo o curso de Medicina?
2. Qual a maior qualidade de um médico?
3. Qual o pior defeito de um médico?
4. Qual a principal responsabilidade de um médico?

Essa opção foi feita com a consciência de que esta maneira de perguntar estimula o aparecimento de determinado tipo de resposta, pouco reflexivo e portanto mais espontâneo, mais vulnerável à provocação de expressões de padrões culturais.

No cabeçalho do questionário foi esclarecido o objetivo da pesquisa e estimulada a espontaneidade das respostas. Foi também solicitada a assinatura do Termo de Consentimento (AnexoVII) e a anotação da idade e sexo do estudante.

2.7. TRATAMENTO DOS DADOS

A construção dos DSC se inicia pela organização dos dados obtidos por universidade, dos quatro grupos pesquisados – 1º ano FCMSCSP 1º ano UMC, 5ª FCMSCSP, 5º ano Universidade de Mogi das Cruzes - o que envolve as seguintes operações:

Numeração dos questionários respondidos, começando pelas respostas do grupo feminino.

Digitação de cada questionário respondido.

Montagem de listagem numerada e dividida conforme o sexo do sujeito, com as respostas de todos os alunos a cada uma das quatro questões do

questionário, num total de quatro listagens por turma. Como exemplo segue a listagem das repostas do primeiro ano da UMC Questão 1. no anexo VIII.

Leitura atenta das respostas de cada uma dessas relações, identificando e sublinhando as Expressões Chave de cada resposta.

Por exemplo, as dez questões que seguem, extraídas da listagem das respostas do grupo feminino do 1º ano da UMC à questão 1.

1. Porque me identifico com a área de biológicas e, principalmente, com a profissão.
2. Porque o curso de medicina me agrada, pois poderei ajudar as pessoas, realizando meus sonhos e curando-as;
3. Adoro a área de Biológicas, estudar o corpo humano. Além disso, é demais a idéia de poder ajudar as pessoas se sentirem melhor. O médico tem a oportunidade de entender certas aflições do ser humano e quem sabe poder amenizá-las.
4. Faço o curso de Medicina pensando em futuramente poder fazer algo de bom pela sociedade, ou seja, poder dar uma melhoria de vida as pessoas;
5. Porque fui influenciada desde pequena pelo meu pai que é médico. Ele me levava no hospital e me ensinava sobre os instrumentos cirúrgicos, por exemplo, ao crescer, fazer medicina já era uma certeza, e meu pai nunca me forçou, porém desejava muito isso. Fazer o curso de medicina é como uma "característica" minha que já está incorporada desde criança. É simplesmente amor pela profissão.
6. Nunca pensei em outra profissão, pois sempre quis ajudar as pessoas e conhecer o corpo humano. Na realidade um misto de solidariedade e curiosidade.
7. Pela vontade de conhecer, e poder ajudar pessoas, fazer algo por elas, para que se sintam bem.
8. Porque é minha vocação, sei que nasci para fazer isso. Quero ajudar as pessoas.

9. Porque vejo que, desta forma, estarei contribuindo para a sociedade e, assim, posso me estabelecer como uma cidadã ativa.

10. Porque sempre gostei da área de biológicas e unindo tal gosto à enorme vontade que tenho de lidar com as pessoas, ajudando-as e fornecendo bem estar, foi na Medicina que encontrei essa realização.

Separação das Expressões Chave das respostas a cada um das questões por categorias, ou seja, por Idéias Centrais.

I – Idéia Central: a inclinação para as ciências biológicas e humanas.

Porque me identifico com a área de biológicas e, principalmente, com a profissão.

Adoro a área de Biológicas, estudar o corpo humano. Além ...

Porque sempre gostei da área de biológicas e ...

II – Idéia Central: o discurso cidadão

Faço o curso de Medicina pensando em futuramente poder fazer algo de bom pela sociedade, ou seja, poder dar uma melhoria de vida as pessoas;

Na realidade um misto de solidariedade e curiosidade.

Porque vejo que, desta forma, estarei contribuindo para a sociedade e, assim, posso me estabelecer como uma cidadã ativa.

III - Idéia Central: a ajuda ao próximo

Porque o curso de medicina me agrada, pois poderei ajudar as pessoas, realizando meus sonhos e

Além disso, é demais a idéia de poder ajudar as pessoas se sentirem melhor. O médico tem a oportunidade de entender certas aflições do ser humano e quem sabe poder amenizá-las.

Nunca pensei em outra profissão, pois sempre quis ajudar as pessoas e conhecer o corpo humano.

IV - Idéia Central: a vocação

Nunca pensei em outra profissão, pois sempre quis ajudar as pessoas e conhecer o corpo humano. Na realidade um misto de solidariedade e curiosidade.

Porque é minha vocação, sei que nasci para fazer isso. Quero ajudar as pessoas.

v – Idéia Central: o desafio de curar e salvar vidas

... pois poderei ajudar as pessoas, realizando meus sonhos e curando-as;

Com as expressões chave de cada questão organizadas por Idéia Central, foram elaborados os DSC. Esse trabalho resultou em quatro documentos por turma de sujeitos, ou seja, 16 documentos que sintetizam, sob a forma de Discursos do Sujeito Coletivo, o conteúdo de todas as repostas obtidas. No Anexo IX segue, como exemplo, a Listagem completa das Expressões Chave, Idéias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo do quinto ano da FCMSCSP.

Após esse procedimento, inicia-se o tratamento do conjunto dos dados. As relações das repostas das quatro turmas às quatro primeiras questões, com seus respectivos DSC organizados por Idéia Central, foram então reorganizadas no seu conjunto, por questão. Esse trabalho resultou em quatro novos documentos, um para cada questão, contendo os DSC construídos com todas as repostas das quatro turmas às quatro questões. Esses documentos apresentam cada DSC acompanhado das Expressões Chave, organizadas por ano do curso, por sexo e por Idéia Central (Anexos X, XI, XII e XIII).

A elaboração desses documentos permitiu a comparação criteriosa entre os DSC. Eles foram então retirados dessas relações, alguns renomeados em função do conjunto, e organizados em quatro tabelas, que serão apresentadas no decorrer da discussão dos resultados.

Os recortes feitos nos discursos para isolar Expressões Chave, bem como seu agrupamento nas categorias denominadas Idéias Centrais, foram

dirigidos pelo interesse da pesquisadora em identificar representações sociais sobre a profissão, pelo seu referencial teórico e metodológico e também pelos conteúdos que se apresentaram nas respostas dos sujeitos.

CAPÍTULO III: DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

- UMA INCURSÃO NO UNIVERSO SIMBÓLICO DE ESTUDANTES DE MEDICINA.

A discussão que se segue tem como base as respostas dos sujeitos da pesquisa interpretadas na forma de Discursos do Sujeito Coletivo. Com elas foram construídos 49 DSCs em torno de 14 Idéias Centrais, sendo 9 delas comuns às quatro turmas. O quadro abaixo tem a função de oferecer uma visão inicial do conjunto das Idéias Centrais e de sua distribuição pelas quatro turmas de sujeitos.

QUESTÕES	IDÉIAS CENTRAIS	PRESEÇA DO DISCURSO POR TURMA			
		1.º ANO FCMSCSP	5.º ANO FCMSCSP	1.º ANO UMC	5.º ANO UMC
Q. 1	Vocação	X	X	X	X
	Ajuda ao próximo	X	X	X	X
	Afinidade com C. Biológicas	X	X	X	X
	Ser útil à sociedade	X	X	X	X
	Desafio de lidar com a vida		X	X	X
	Influência familiar	X	X		X
	Status social e financeiro	X	X		
Q. 2	Relacionamento humano com o paciente	X	X	X	X
	Capacidade de curar e salvar vidas	X	X	X	X
	Altruismo	X	X	X	X
	Humildade	X		X	
Q. 3	Arrogância	X	X	X	X
	Ganância	X	X	X	
	Falta de consideração com o paciente	X	X	X	X

Para uma facilitar a aproximação mais efetiva do universo simbólico dos grupos estudados os resultados estão organizados por questão respondida.

3.1. DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO REFERENTES À QUESTÃO 1. POR QUE VOCÊ ESTÁ FAZENDO O CURSO DE MEDICINA?

QUESTÃO 1: POR QUE ESTA FAZENDO O CURSO DE MEDICINA?

IDÉIA CENTRAL		FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
		1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
I	O discurso da vocação	Até hoje não sei bem o principal motivo da escolha. Desde criança pensava em fazer medicina, admirava a profissão médica. Não consigo me imaginar fazendo outra coisa. Talvez seja vocação. É uma forma de buscar satisfação pessoal e profissional. Acredito que tenho um dom natural para essa área.	Estou fazendo o curso de medicina porque é um curso que me atrai desde criança. Não me vejo fazendo outra coisa senão medicina.	Estou fazendo o curso de medicina porque nunca pensei em outra alternativa, sempre sonhei em ser médico, sei que nasci para essa profissão, que admiro desde criança. Acredito que posso ter a honra de levar esse título.	Estou cursando medicina porque desde criança sempre quis ser médico. Talvez seja o que chamam de vocação. Sou apaixonado pela área da saúde e a medicina foi a única que me atraiu, pelo desafio que representa.
II	O discurso da ajuda ao próximo	Escolhi a Medicina porque é uma área que abrange os desejos de poder auxiliar o próximo. Sempre foi minha vontade fazer algo que "fizesse a diferença", ajudasse as pessoas necessitadas de cuidados, indefesas e me fizesse feliz. A profissão médica proporciona um prazer pessoal, pois você consegue ajudar as pessoas fazendo o que gosta e se sentir um pouco herói. Quero uma profissão em que o lado humano seja valorizado.	Estou fazendo o curso de medicina porque gosto de estar em contato com pessoas e principalmente de ajuda-las, de forma direta e atuante, aprendendo com a experiência de vida de cada paciente. Sempre me identifiquei com o sofrimento do meu semelhante e me sinto realizado por proporcionar o bem do próximo.	Estou fazendo o curso de medicina porque sempre foi meu sonho poder ajudar os outros, aliviar o sofrimento alheio, passar informações que possam ser úteis e ajudar as pessoas a se sentirem melhor.	Estou cursando medicina para poder ajudar o próximo, dar assistência sem discriminações àqueles que não tem condições de ter o que eu tenho. Sinto vontade de ser útil a alguém que me tenha como ponto de referência para confiar seus problemas.
III	O discurso cidadão	Acredito que cursando medicina e exercendo minha profissão com amor e seriedade posso ser útil à sociedade. Encontrei na Medicina, mais do que em qualquer outra profissão, uma forma de pagar a dívida social que adquiri por ter tido a oportunidade de estudar. Poderei me realizar como cidadão ao contribuir para a melhora da nossa sociedade.	Estou fazendo o curso de medicina porque quero contribuir com meu trabalho para melhorar a sociedade.	Estou fazendo o curso de medicina porque quero fazer algo de bom pela sociedade, contribuir como cidadão ativo para corrigir os erros do sistema, para melhorar as condições do mundo, através das condições de saúde.	Estou fazendo o curso de medicina pela vontade de fazer alguma diferença na sociedade. Médicos podem fazer muito para ajudar a comunidade e melhorar nosso país.
IV	O discurso da inclinação para as ciências biológicas	Sempre soube que queria seguir carreira de biológicas, devido ao meu interesse e curiosidade cada vez maior pelo funcionamento do corpo e da mente humana. O curso de medicina me proporcionará o prazer de estudar e desenvolver atividades científicas na busca desse conhecimento.	Estou fazendo o curso de medicina porque sempre gostei de Biologia e em especial pela curiosidade de entender como funciona o corpo humano. Conhecer um ser humano quase que completamente parece básico e fascinante ao mesmo tempo.	Estou fazendo o curso de medicina porque adoro a área de Biológicas, gosto de realizar pesquisas e de estudar o corpo humano, suas possíveis deficiências e entender certas aflições do ser humano. O corpo humano é uma máquina, tudo se encaixa. Admiro o volume de conhecimento que um médico tem que ter..	Estou fazendo medicina porque tenho afinidades com a área de biologia/biomedicina.
V	O discurso do desafio de lidar com a vida	Por que gosto do desafio de curar. Sempre tive interesse em poder "mexer" com a vida. Gostava do ambiente hospitalar, me preocupava com as doenças dos familiares. O curso me permite adquirir conhecimentos e práticas sobre o corpo e a mente humana e aprender a preservar o maior bem do ser humano: a saúde.	Estou fazendo o curso de medicina porque gosto de lidar com a doença e a morte e acho maravilhoso poder curar, salvar uma vida.	Estou fazendo o curso de medicina porque por meio deste curso poderei entender como ocorrem as doenças, diagnosticar e tratar doentes. É um curso que responde à minha paixão, que é salvar vidas e lidar com pessoas. Adoro ambientes médicos e me agrada muito ser útil na hora em que a pessoa chega a um Pronto socorro precisando de ajuda.	Estou fazendo medicina pela possibilidade de cuidar da saúde das pessoas. Sempre tive curiosidade de conhecer as doenças e os tratamentos; o desafio de curar e salvar vidas me agrada.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
QUESTÃO 1: POR QUE ESTÁ FAZENDO O CURSO DE MEDICINA?

IDÉIA CENTRAL		FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CARM		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
		1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
VI	O discurso da influência familiar	É um curso que escolhi desde pequeno, sabendo dos sacrifícios e da dedicação necessária, por influência dos meus pais ou familiares, que são médicos, por não ter uma idéia de como eram as outras profissões e por admirar muito o trabalho dos médicos.	Estou fazendo o curso de medicina, entre outras razões, por influência de parentes médicos com os quais convivo desde criança.	Não há.	Um dos motivos pelo qual estou fazendo o curso de medicina é o fato de ter convivido com a profissão desde criança, através de parentes médicos que admirava.
VII	O discurso do Status social e financeiro e da estabilidade.	Porque é uma carreira que oferece um amplo mercado de trabalho, garantia de emprego, boa remuneração, além de prestígio social. Mas não foi este o principal motivo da escolha do curso.	Estou fazendo o curso de medicina pelo status da profissão, que pode me proporcionar um bom mercado de trabalho e estabilidade financeira.	Não há.	Estou fazendo o curso de medicina por ser uma profissão que oferece status social e financeiro e maiores possibilidades de emprego.

A informação mais evidente deste quadro é a repetição das mesmas Idéias Centrais nas quatro turmas. Todas elas apresentam discursos em torno das Idéias Centrais da vocação, da ajuda ao próximo, da inclinação para as ciências biológicas, do desejo de ser útil à sociedade, que foi denominado Discurso Cidadão, e do desafio de lidar com a vida. A influência familiar e o status social e financeiro também foram Idéias Centrais geradoras de discursos, embora não em todas as quatro turmas.

Nota-se alguma diferença entre as turmas, no que se refere ao tamanho dos discursos. Nos primeiros anos, especialmente no 1º ano da Santa Casa, há maior prolixidade, maior riqueza de expressões chave. De um modo geral, os quintos anos são mais sintéticos.

É importante registrar que no dia em que os questionários foram preenchidos pelo primeiro ano da FCMSCSP, os alunos estavam divididos em pequenos subgrupos de discussão, cada um acompanhado por um professor, sendo que num deles o tema era justamente o motivo da opção pela medicina. Essa possibilidade de expressão da subjetividade estimulada por um professor e em pequeno grupo pode ter resultado numa fala mais descontraída e na maior espontaneidade no momento de responder ao questionário.

A leitura atenta da tabela, entretanto, mostra que a diferença da forma não interfere no conteúdo dos discursos, cujo núcleo é sempre o mesmo. Eles se constituem, ainda, em torno das mesmas Idéias Centrais verificadas na fase exploratória desta pesquisa.

São também similares aos resultados de estudo sobre motivos da escolha da profissão realizado com um grupo de médicos formados, visando contribuir para a elaboração de instrumentos legais que regem o relacionamento do profissional de saúde com o paciente (ZACHER 1999). Os instrumentos de pesquisa foram questionários, desenhos e entrevistas com médicos. A forma como foram organizados os motivos apresentados individualmente para a escolha da profissão difere em parte da utilizada nesta pesquisa. Os motivos foram divididos em três grupos principais: I – Influência de terceiros; II – Lembranças de infância e doença pessoal; III – Motivações

pessoais e o vínculo com o outro. As respostas do grupo III, que mais se relacionam com os resultados deste trabalho, foram categorizadas em:

- Subgrupo A – vocação, ideal e idealismo, satisfação, gratificação e as realizações pessoais e profissionais; visão romântica da medicina (admiração, encanto, fascínio, paixão, aura, beleza, nobreza, honra, sonho, intuição).
- Subgrupo B – vontade de; gostar de; desejo de; curar e cuidar; ajudar, servir, auxiliar o próximo e aliviar o sofrimento; questões sociais e melhoria da qualidade de vida.
- Subgrupo C – ascensão, status, posição social, valorização segurança isonômica e mercado de trabalho.

Com estratégias metodológicas diferentes, e um recorte determinado por objetivos diversos, estes resultados apresentam significativas semelhanças com os aqui encontrados.

Também se assemelham aos resultados encontrados num estudo exploratório dos fatores psicológicos e sociais na opção pela medicina com médicos residentes. (MANENTE 1998). Sob o título Desde pequeno... eu sempre quis... A autora identifica os seguintes motivos de escolha:

- ◆ Considerações sobre a crença de que já nasceram assim – vocação
- ◆ Fantasias de qualidades especiais
- ◆ Dinheiro e prestígio em segundo lugar
- ◆ A tendência à acomodação, depois de feita a escolha.
- ◆ Nunca se imaginaram noutra
- ◆ Determinação quase genética
- Interesse por exatas e biológicas – o médico cientista
- Interesse pela relação humanista.

3.1.1. O Discurso da Vocação

As expressões sonho, admiração, dom natural, atração desde criança, não me vejo fazendo outra coisa, caracterizam o DSC da Vocação.

1. DISCURSOS DA VOCAÇÃO			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
Até hoje não sei bem o principal motivo da escolha. Desde criança pensava em fazer medicina, admirava a profissão médica. Não consigo me imaginar fazendo outra coisa. Talvez seja vocação. É uma forma de buscar satisfação pessoal e profissional. Acredito que tenho um dom natural para essa área.	Estou fazendo o curso de medicina porque é um curso que me atrai desde criança. Não me vejo fazendo outra coisa que senão medicina.	Estou fazendo o curso de medicina porque nunca pensei em outra alternativa, sempre sonhei em ser médico, sei que nasci para essa profissão, que admiro desde criança. Acredito que posso ter a honra de levar esse título.	Estou cursando medicina porque desde criança sempre quis ser médico. Talvez seja o que chamam de vocação. Sou apaixonado pela área da saúde e a medicina foi a única que me atraiu, pelo desafio que representa.

Parecem indicar que o sujeito do discurso acredita e aceita que sua escolha do curso não tem uma motivação racional, consciente. Também não existe, neste DSC, nenhuma alusão à influência de fatores externos ao sujeito. Foram incluídas nessa categoria as expressões dom natural, por gosto, por satisfação pessoal, por talento, desacompanhadas de qualquer outro motivo, por ser esta uma categoria mais ampla no sentido de abrigar todas as respostas subjetivas e vagas.

Ao mesmo tempo que os DSC da Vocação não incluem a consideração de causas externas objetivas que poderiam ter determinado a escolha, há neles uma tendência de atribuir essa escolha a determinantes naturais, quase genéticos.

A palavra vocação é uma expressão com alto significado simbólico para o indivíduo e para a sociedade. “Traz embutida a idéia de sacerdócio, da dedicação plena, do chamamento divino para acolher o sofrimento humano”. (ZAHER 1999)

Para Manente (1998 p.107), os processos de interiorização são inconscientes. Mas a vocação é uma forma de explicar a escolha, uma forma que, por não ser consciente, lança mão de figuras culturalmente estabelecidas. Pode ser o 'chamado', como o dos xamãs e dos heróis.

Para Bourdieu, o termo vocação exprime o resultado da relação que se estabelece objetivamente entre uma categoria de agentes e o mercado de trabalho, e que se concretiza através de uma carreira. O habitus, um sistema de disposições produzidas pela interiorização de um tipo determinado de condições objetivas, envolvendo um tipo determinado de oportunidades também objetivas, é o princípio unificador e gerador das orientações comumente descritas como "escolhas" da "vocação", assim como de todas as práticas. O DSC da Vocação, portanto, está impregnado de determinações sociais desconhecidas pelo seu emissor coletivo.

Ele se repete nas quatro turmas, sem distinção entre primeiros e quinto anos, entre UMC e FCMSCSP e entre mulheres e homens, indicando que nem os quatro anos de faculdade, nem o tipo de curso, nem as diferenças de gênero foram capazes de modificá-lo (anexo X).

3.1.2. O Discurso da Ajuda ao Próximo

O DSC da Ajuda ao Próximo é um dos mais freqüentes nas quatro turmas. Carrega expressões que se voltam para valorizar a relação de ajuda, a relação com o outro.

2. OS DISCURSOS DA AJUDA AO PRÓXIMO			
FCMSCSP		Universidade de Mogi das Cruzes	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
Escolhi a Medicina porque é uma área que abrange os desejos de poder auxiliar o próximo. Sempre foi minha vontade fazer algo que "fizesse a diferença", ajudasse as pessoas necessitadas de cuidados, indefesas e me fizesse feliz. A profissão médica proporciona um prazer pessoal, pois você consegue ajudar as pessoas fazendo o que gosta e se sentir um pouco herói. Quero uma profissão em que o lado humano seja valorizado.	Estou fazendo o curso de medicina porque gosto de estar em contato com pessoas e principalmente de ajuda-las, de forma direta e atuante, aprendendo com a experiência de vida de cada paciente. Sempre me identifiquei com o sofrimento do meu semelhante e me sinto realizado por proporcionar o bem do próximo.	Estou fazendo o curso de medicina porque sempre foi meu sonho poder ajudar os outros, aliviar o sofrimento alheio, passar informações que possam ser úteis e ajudar as pessoas a se sentirem melhor.	Estou cursando medicina para poder ajudar o próximo, dar assistência sem discriminações àqueles que não tem condições de ter o que eu tenho. Sinto vontade de ser útil a alguém que me tenha como ponto de referência para confiar seus problemas.

Já não se trata aqui de uma vocação abstrata, nem de uma preferência pessoal por determinados assuntos. A escolha da profissão se faz pela possibilidade de interferir, aconselhar, assistir, ter uma relação direta e atuante com as pessoas, uma forma da pessoa se sentir ao mesmo tempo útil e importante.

Suas nuances entre as quatro turmas se referem à qualificação desse próximo a ser ajudado. Para o 1º ano FCMSCSP, pessoas necessitadas, indefesas. Para o 5º FCMSCSP, as pessoas, meu semelhante. O 1º UMC não menciona a palavra próximo, mas os outros. O 5º UMC qualifica o próximo como aqueles que não tem condições de ter o que eu tenho.

Diferenciam-se também os DSC no tipo de ajuda que se quer dar. A ação de ajudar é vaga no 1º ano FCMSCSP e no 1º ANO UMC se define como aliviar o sofrimento, passar informações. No 5º ano FCMSCSP, embora a ajuda seja definida apenas pela forma, direta e atuante, é acrescentada a possibilidade de aprender com a experiência de vida de cada paciente, o que pode indicar uma concepção de maior reciprocidade na relação de ajuda. O 5º ano UMC também define o tipo de ajuda pela forma: sem discriminações, o que pode indicar uma percepção das desigualdades e dos direitos sociais.

Nas falas do primeiro ano da FCMSCSP, na sua maior disponibilidade de expressão e talvez por um estímulo do próprio curso, vislumbra-se um traço de reflexão crítica, quando o sujeito reconhece como motivo da escolha a expectativa de se manter um pouco herói. (Anexo X p. 56).

O DSC da ajuda ao próximo se caracteriza como tal pelo que tem de comum às quatro turmas: o sentimento de prazer, de satisfação pessoal nessa ação de ajudar. As diferenças apontadas indicam diferentes graus de criticidade e de possibilidades de mudança.

A representação social da medicina como um ideal de ajudar o próximo pode ser uma forma de lidar com a convivência com a desigualdade e a exclusão, de pagar uma dívida social por pertencer a um segmento privilegiado da sociedade. Trata-se de uma idéia ligada à de sacerdócio, como a da vocação. Suas raízes podem ser encontradas nos valores que caracterizam o início da medicina como prática moderna, como o ideal de serviço e a imagem de austeridade e despojamento. É evidente o contraste entre essa visão e o pragmatismo e o imediatismo que nas sociedades de mercado são a tônica não só da medicina, mas de quase todas as práticas humanas. Esse contraste remete aos mecanismos da economia das trocas simbólicas descritas por Bourdieu, nos quais o interesse na troca não é explicitado, transformando relações de dominação em paternalismo, com a anuência tanto dos dominantes como dos dominados.

A idéia de profissão de "ajuda aos pobres e necessitados" é uma das que estão presentes nas representações sociais de estudantes de Serviço Social sobre essa profissão, guardando as diferenças determinadas pelas origens do Serviço Social na caridade cristã e na assistência aos pobres. Nela, "o Serviço Social é percebido como profissão interventiva que, por responder a situações de carências dos pobres, a ajuda privada é interpretada como bonita, humanitária, ligada à religião e à caridade cristã". O modo de atuação profissional é associado a "rituais do fazer fenomênico cotidiano, em volta de um idealismo romântico e religioso: 'cuidar dos pobres', 'tirar os meninos da rua', 'aconselhar', 'orientar'. Nele, a ajuda não se restringe à ordem material, mas ao reconhecimento do diálogo, do apoio, do

aconselhamento, como instrumentos de ajuda aos pobres". Os instrumentos de trabalho do profissional são descritos como habilidades pessoais: "compreensão", "disponibilidade", "respeito" e falta de distinção entre características pessoais e profissionais. (TEIXEIRA 1998)

3.1.3. O Discurso Cidadão

Ligado também a uma visão humanista, mas denotando alguma consciência, por parte dos sujeitos, da necessidade de uma ação social e não apenas individual, o Discurso do Desejo de ser Útil à Sociedade, ou Discurso Cidadão, se apresenta nas quatro turmas, com maior força nos primeiros anos e nos grupos femininos.

3. O DISCURSO CIDADÃO			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
Acredito que cursando medicina e exercendo minha profissão com amor e seriedade posso ser útil à sociedade. Encontrei na Medicina, mais do que em qualquer outra profissão, uma forma de pagar a dívida social que adquiri por ter tido a oportunidade de estudar. Poderei me realizar como cidadão ao contribuir para a melhora da nossa sociedade.	Estou fazendo o curso de medicina porque quero contribuir com meu trabalho para melhorar a sociedade.	Estou fazendo o curso de medicina porque quero fazer algo de bom pela sociedade, contribuir como cidadão ativo para corrigir os erros do sistema, para melhorar as condições do mundo, através das condições de saúde.	Estou fazendo o curso de medicina pela vontade de fazer alguma diferença na sociedade. Médicos podem fazer muito para ajudar a comunidade e melhorar nosso país.

Tabela Organizada com os Discursos do Sujeito Coletivo Constantes do Anexo Nove

Esse discurso tem alguma semelhança com o da ajuda ao próximo: refere-se a uma intervenção que seja útil e confira importância ao profissional, o que fica claro numa expressão do 5º ano UMC: fazer a diferença. Contribuir para melhorar a sociedade é a expressão mais comum deste discurso, nas quatro turmas.

Uma forma de pagar a dívida social, é a expressão que diferencia o 1º ano da FCMSCSP.

É mais expressivo nos primeiros anos e, neles, no grupo feminino. Nos quintos anos das duas instituições de ensino só foi encontrada uma expressão do grupo masculino para cada turma, o que parece indicar que os valores relacionados a uma ação social estão enfraquecidos nos estudantes do quinto ano.

Quanto à menor adesão dos quintos anos a este discurso, pode-se levantar a hipótese de que o contato com a realidade da profissão bloqueou a necessidade dos alunos de quinto ano de se dedicar a uma causa (ERIKSON 1978) que nos primeiros anos se manifesta declaradamente.

3.1.4. O Discurso da Inclinação para as Ciências Biológicas

Relacionado a aspectos mais objetivos - a ciência, o funcionamento do corpo, a possibilidade de acumular conhecimento - é um DSC comum às quatro turmas pesquisadas.

4. O DISCURSO DA INCLINAÇÃO PARA AS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
Sempre soube que queria seguir carreira de biológicas, devido ao meu interesse e curiosidade cada vez maior pelo funcionamento do corpo e da mente humana. O curso de medicina me proporcionará o prazer de estudar e desenvolver atividades científicas na busca desse conhecimento.	Estou fazendo o curso de medicina porque sempre gostei de Biologia e em especial pela curiosidade de entender como funciona o corpo humano. Conhecer um ser humano quase que completamente parece básico e fascinante ao mesmo tempo.	Estou fazendo o curso de medicina porque adoro a área de Biológicas, gosto de realizar pesquisas e de estudar o corpo humano, suas possíveis deficiências e entender certas aflições do ser humano. O corpo humano é uma máquina, tudo se encaixa. Admiro o volume de conhecimento que um médico tem que ter.	Estou fazendo medicina porque tenho afinidades com a área de biologia/ biomedicina.

Como se pode observar no anexo 10 (pg. 66), este DSC apresenta diferenças nas Expressões Chave do grupo feminino e do grupo masculino. As do grupo masculino se referem mais a uma visão cientificista ou tecnicista da

Medicina, a uma visão compartimentada do ser humano. As expressões conhecer o mecanismo de funcionamento do corpo humano, desenvolver atividades científicas, objetividade da profissão médica ilustram essa visão.

A expressão o corpo humano é uma máquina, nele tudo se encaixa, caracteriza, com propriedade, essa visão tecnicista. Uma visão limitada pela falta de conhecimento do que diferencia um organismo, ser vivo, de uma máquina, que é um sistema primitivo, onde a relação dominante entre as partes é fundamentalmente mecânica.

No grupo feminino, essa visão compartilha o espaço simbólico com outra, mais próxima de uma visão da integralidade, nas Expressões Chave relacionadas a uma visão mais integral do ser humano, como a pessoa em si, a compreensão do corpo humano e da mente.

É interessante notar que no primeiro ano da UMC, tanto no grupo feminino quanto no masculino, aparecem expressões ligadas ao interesse pela pesquisa, pela produção de conhecimento e à admiração pelo volume de conhecimento que um médico deve ter.

Esse discurso, identificado também no trabalho de Zaher (1999), pode estar relacionado com a imagem tradicional do médico, digno de admiração pelo seu saber exclusivo sobre o ser humano. Mas também é influenciado pelos valores mais contemporâneos de progresso científico e tecnológico e pela pressão para se atualizar constante no meio médico.

3.1.5. O discurso do desafio de curar e salvar vidas

A idéia do desafio de lidar com a vida também aparece nas quatro turmas.

5. DISCURSOS DO DESAFIO DE CURAR E SALVAR VIDAS			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
Por que gosto do desafio de curar. Sempre tive interesse em poder "mexer" com a vida. Gostava do ambiente hospitalar, me preocupava com as doenças dos familiares. O curso me permite adquirir conhecimentos e práticas sobre o corpo e a mente humana e aprender a preservar o maior bem do ser humano: a saúde.	Estou fazendo o curso de medicina porque gosto de lidar com a doença e a morte e acho maravilhoso poder curar, salvar uma vida.	Estou fazendo o curso de medicina porque por meio deste curso poderei entender como ocorrem as doenças, diagnosticar e tratar doentes. É um curso que responde à minha paixão, que é salvar vidas e lidar com pessoas. Adoro ambientes médicos e me agrada muito ser útil na hora em que a pessoa chega a um Pronto Socorro precisando de ajuda.	Estou fazendo medicina pela possibilidade de cuidar da saúde das pessoas. Sempre tive curiosidade de conhecer as doenças e os tratamentos; o desafio de curar e salvar vidas me agrada.

Estes discursos foram construídos com as respostas que continham as expressões: doença, saúde, hospital, vida, morte, curar e salvar.

A idéia de curar doenças é mais presente do que a de cuidar da saúde, que se expressa apenas no 5º ano Universidade de Mogi das Cruzes, o que talvez possa estar relacionado com uma visão de saúde como ausência de doenças, compreensível nos primeiros anos, mas inesperado nos quintos.

Este DSC, pelas expressões desafio, acho maravilhoso, paixão, tem, como o DSC da Vocação, um sentido de deslumbramento, de uma perspectiva idealizada das possibilidades profissionais. Tem em comum com o DSC da Ajuda ao Próximo a satisfação de ajudar, mas dele se diferencia por enfatizar a satisfação pessoal, mesmo o orgulho pelo conhecimento que dá o poder de curar.

É um discurso sem grandes diferenças entre os sexos e as séries do curso. Mais concentrado nas turmas de primeiro ano. Talvez a maior proximidade com a prática médica no dia a dia, no caso dos quintos anos, contribua para diminuir a expectativa de um conhecimento quase milagroso.

3.1.6. O Discurso da Influência Familiar

Encontrado em todas as turmas, exceto no primeiro ano da Universidade de Mogi das Cruzes, que apresentou apenas uma expressão relacionada, ele se compõe exclusivamente das respostas que apresentam a influência familiar como uma das razões de escolha do curso.

6. DISCURSOS DA INFLUÊNCIA FAMILIAR			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
É um curso que escolhi desde pequeno, sabendo dos sacrifícios e da dedicação necessária, por influência dos meus pais ou familiares, que são médicos, por não ter uma idéia de como eram as outras profissões e por admirar muito o trabalho dos médicos.	Estou fazendo o curso de medicina, entre outras razões, por influência de parentes médicos com os quais convivo desde criança.	Não há.	Estou fazendo o curso de medicina, entre outras razões, por influência de parentes médicos com os quais convivo desde criança.

Não há diferenças significativas nem entre primeiros e quintos anos, nem entre homens e mulheres. A influência familiar, de modo geral, é mais referida ao convívio com o ambiente médico desde a infância e à admiração por pais ou familiares do que uma pressão sobre o estudante para escolher a medicina. É uma escolha já identificada em outros estudos, como nos de Zaher (1999).

No entanto, trata-se de uma categoria que foge ao escopo dessa análise na medida em que expressa-se em um discurso que não descreve as idéias sobre a profissão..

3.1.7. O Discurso do Status Social e Financeiro

A imagem do curso de medicina como uma forma de obter status social e financeiro aparece em três turmas.

7. DISCURSOS DO STATUS SOCIAL E FINANCEIRO			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
Porque é uma carreira que oferece um amplo mercado de trabalho, garantia de emprego, boa remuneração, além de prestígio social. Mas não foi este o principal motivo da escolha do curso.	Estou fazendo o curso de medicina pelo status da profissão, que pode me proporcionar um bom mercado de trabalho e estabilidade financeira.	Não há.	Estou fazendo o curso de medicina por ser uma profissão que oferece status social e financeiro e maiores possibilidades de emprego.

O reconhecimento do interesse pessoal pelas vantagens financeiras e de prestígio social que o profissional de medicina pode obter é expresso, sempre acompanhado de motivos mais “nobres”, em todas as turmas, exceto no primeiro ano da UMC. Ele é mais claro e direto nos quintos anos, mas mesmo aí, numa das expressões masculinas, aparece na forma de negação: “O que não me preocupa nem um pouco é pelo fator de ganhar ou não dinheiro. A única coisa que desejo é ser bom médico para nunca prejudicar nenhum dos meus pacientes.”

No primeiro ano da FCMSCSP se apresenta, em algumas expressões, com ressalvas ou na negativa: mas não foi este o principal motivo da escolha do curso; acho que hoje o status social oferecido pela medicina é pequeno, e não considerei um fator, assim como o status econômico; a ascensão social é vista como secundária, mas não deixa de ser importante.

3.2. Discursos do Sujeito Coletivo referentes à Questão 2.: Qual a maior qualidade de um médico?

Foram encontradas três Idéias Centrais nas respostas a essa questão, comuns a todas as turmas.

QUESTÃO 2: QUAL A PRINCIPAL QUALIDADE DE UM MÉDICO?

IDÉIA CENTRAL		FACULDADE DE CIÊNCIA MÉDICAS DA SANTA CASA		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
		1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
I	O Discurso do Relacionamento Humano com o Paciente	A maior qualidade de um médico é sua capacidade de comunicação, de conseguir entender o paciente no seu ambiente bio-psico-social, ser respeitoso e solidário com ele e ajuda-lo como se fosse uma pessoa e não uma doença.	A maior qualidade de um médico é sua capacidade de estabelecer uma relação médico paciente atenciosa, vendo o ser humano como um todo complexo, sabendo ouvir, compreender, se aproximar e ganhar a confiança do paciente para poder intervir na vida dele de forma positiva.	A maior qualidade de um médico é deve ser a compaixão. Um médico deve ter o dom de entender e de se conder, para ajudar o próximo sem esperar algo em troca. Deve saber ouvir e não discriminar ninguém.	A maior qualidade de um médico é seu interesse e amor pelo ser humano, o respeito e a atenção que dedica aos pacientes, suas famílias e amigos. A sensibilidade para tratar do paciente "como um todo", com amizade, mesmo que ele não tenha condições de pagar.
II	O Discurso da Capacidade de Curar e Salvar Vidas	A principal qualidade de um médico, é a maravilhosa capacidade de salvar vidas e aliviar o sofrimento, bem como de impede a propagação de epidemias, o que o torna um ser diferente na sociedade, portador de um dom divino. Essa capacidade envolve ainda o preparo para agir em situações científicas delicadas, apoiado num rígido código moral e ético.	A maior qualidade de um médico é sua capacidade de salvar vidas e de curar ou melhorar a qualidade de vida do paciente.	A maior qualidade de um médico é sua capacidade de ajudar as pessoas, seu poder de aliviar o sofrimento e de curar ou salvar vidas.	A maior qualidade de um médico é a sua capacidade de usar o que sabe para descobrir e curar doenças, seu poder de discernir o que é bom e o que é ruim e de salvar vidas.
IV	O Discurso da Humildade	A principal qualidade de um médico é a humildade. Ele deve ter consciência dos limites do seu conhecimento, admitindo quando precisa de ajuda, para não prejudicar o paciente. Essa humildade deve estar presente também no trato com as pessoas.	Não há.	A maior qualidade de um médico é a humildade, a consciência de que tem muito que aprender.	Não há.
III	O Discurso do Altruismo	A maior qualidade de um médico é sua dedicação aos estudos e ao ser humano, mesmo que em detrimento de si próprio, de sua vida pessoal. É estar sempre disposto a atender qualquer pessoa, independente do sexo, cor e classe social e empenhar-se ao máximo para garantir boa qualidade de atendimento aos seus clientes.	A maior qualidade de um médico é o altruísmo, o fato de amar aquilo que faz e colocar o bem estar dos outros acima do seu.	A maior qualidade de um médico é estar sempre disponível para cuidar da vida das pessoas, buscando sempre saber mais, sempre aberto a novos pontos de vista, dedicando sua vida à sociedade.	Não há.

3.2.1. O Discurso do Relacionamento Humano com o Paciente

Do primeiro ao quinto ano, nas duas instituições e tanto no grupo feminino quanto no masculino, as respostas individuais são ricas em detalhes e sem grandes diferenças de conteúdo.

8. DISCURSOS DO RELACIONAMENTO HUMANO COM O PACIENTE			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
A maior qualidade de um médico é sua capacidade de comunicação, de conseguir entender o paciente no seu ambiente bio-psico-social, ser respeitoso e solidário com ele e ajudá-lo como se fosse uma pessoa e não uma doença.	A maior qualidade de um médico é sua capacidade de estabelecer uma relação médico paciente atenciosa, vendo o ser humano como um todo complexo, sabendo ouvir, compreender, se aproximar e ganhar a confiança do paciente para poder intervir na vida dele de forma positiva.	A maior qualidade de um médico é deve ser a compaixão. Um médico deve ter o dom de entender e de se condoer, para ajudar o próximo sem esperar algo em troca. Deve saber ouvir e não discriminar ninguém.	A maior qualidade de um médico é seu interesse e amor pelo ser humano, o respeito e a atenção que dedica aos pacientes, suas famílias e amigos. A sensibilidade para tratar do paciente "como um todo", com amizade, mesmo que ele não tenha condições de pagar.

O DSC do Relacionamento Humano com o Paciente como a maior qualidade de um médico, corresponde ao da Ajuda ao Próximo como motivo de escolha de profissão, estando ambos centrados na relação médico-paciente. Ao tratar essa relação isolada do contexto sócio-econômico em que se insere, esses DSC negam as condições de trabalho atuais nas quais essa relação se estabelece.

Embora ainda evidencie, nos seus componentes simbólicos, a idealização do profissional de medicina, o DSC do Bom Relacionamento com o Paciente se próxima de algum grau de objetividade, ao detalhar as qualidade do profissional que se relaciona bem com o paciente, em três aspectos:

Capacidades pessoais: comunicação, saber ouvir, conseguir entender e ser entendido.

Concepção de ser humano: visão integral do ser humano incluindo corpo, mente, meio ambiente.

Postura ética: ser respeitoso, paciente, solidário, generoso e não preconceituoso.

Este DSC, ao mesmo tempo em que se refere a uma imagem idealizada de médico, contém elementos que indicam uma disponibilidade para a

construção de um padrão de relacionamento profissional que leve em conta a subjetividade.

3.2.2. O Discurso da Capacidade de Curar e Salvar Vidas

A capacidade de curar e salvar vidas é considerada a maior qualidade de um médico em todas as turmas que responderam o questionário, independentemente da série do curso e do gênero.

9. DISCURSOS DA CAPACIDADE DE CURAR E SALVAR VIDAS			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
<p>A principal qualidade de um médico é a maravilhosa capacidade de salvar vidas e aliviar o sofrimento, bem como de impedir a propagação de epidemias, o que o torna um ser diferente na sociedade, portador de um dom divino. Essa capacidade envolve ainda o preparo para agir em situações científicas delicadas, apoiado num rígido código moral e ético.</p> <p>A maior qualidade de um médico é sua capacidade de salvar vidas e de curar ou melhorar a qualidade de vida do paciente.</p>	<p>A maior qualidade de um médico é sua capacidade de ajudar as pessoas, seu poder de aliviar o sofrimento e de curar ou salvar vidas.</p>	<p>A maior qualidade de um médico é a sua capacidade de usar o que sabe para descobrir e curar doenças, seu poder de discernir o que é bom e o que é ruim e de salvar vidas.</p>	<p>Não há.</p>

É descrita como competência, capacidade de diagnosticar, boa formação teórica e prática, necessidade de atualização constante. Relaciona-se com o da Inclinação para as Ciências Biológicas, por valorizar o conhecimento. Nele a questão do saber como capacidade ou poder se explicita mais claramente nas expressões *ter o poder de aliviar a dor, dom divino, lidar com o limiar entre a vida e a morte*. Deixa entrever, inclusive, um desejo de controle que fica muito evidente na expressão de um dos sujeitos do 1º ano Universidade de Mogi das Cruzes: *A maior qualidade de um médico deve ser não salvar vidas, pois biologicamente isso é impossível, o nosso legado é fatal, mas garantir que as mortes que aconteçam sejam justas.* (Anexo XI, p. 78)

3.2.3. O Discurso do Altruísmo

10. DISCURSOS DO ALTRUÍSMO			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
A maior qualidade de um médico é sua dedicação aos estudos e ao ser humano, mesmo que em detrimento de si próprio, de sua vida pessoal. É estar sempre disposto a atender qualquer pessoa, independente do sexo, cor e classe social e empenhar-se ao máximo para garantir boa qualidade de atendimento aos seus clientes.	A maior qualidade de um médico é o altruísmo, o fato de amar aquilo que faz e colocar o bem estar dos outros acima do seu.	A maior qualidade de um médico é estar sempre disponível para cuidar da vida das pessoas, buscando sempre saber mais, sempre aberto a novos pontos de vista, dedicando sua vida à sociedade.	A maior qualidade de um médico é saber se doar, se desprender do dinheiro para ajudar as pessoas sem se preocupar com o retorno.

A afirmação do altruísmo como principal qualidade é mencionada com mais intensidade nos primeiros anos das duas instituições. No quinto ano da FCMSCSP aparece apenas no grupo feminino. Essa diferença parece indicar que o curso contribuiu para enfraquecer a representação social do altruísmo como capacidade inerente à profissão médica. Uma influência que, pelo menos no 5º ano da FCMSCSP, atingiu mais os homens do que as mulheres.

O altruísmo é descrito como dedicação, colocação do bem estar do paciente ou da profissão adiante dos interesses pessoais, abdicação da vida pessoal, dedicação aos estudos, atendimento não discriminado de quem procura ajuda. Caracteriza-se também pelas expressões "sempre disposto", sempre disponível, que exacerbam a idéia da qualidade de abdicar da vida pessoal.

3.3. DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO REFERENTES

À QUESTÃO 3. QUAL É O PIOR DEFEITO DE UM MÉDICO?

As respostas a essa questão deram origem a três discursos do sujeito coletivo (ver anexo 14), a partir de idéias similares por oposição às da questão 2: a falta de consideração com o paciente, a arrogância, a prepotência e a ganância.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
QUESTÃO 3: QUAL O PRINCIPAL DEFEITO DE UM MÉDICO?

IDÉIA CENTRAL	FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
	1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
Q Discurso Contra a Falta de Consideração com o Paciente	O pior defeito de um médico é a distância que mantém do paciente, a falta de respeito pela pessoa como um todo. É não cumprir os cuidados físicos e o apoio emocional que deve ao paciente, é não ter sensibilidade para ouvir o que o paciente diz.	O maior defeito de um médico é a visão meramente biológica do paciente, o descaso, a pressa no atendimento, a intolerância e a discriminação do paciente por motivos sociais ou econômicos.	O pior defeito de um médico é tratar seus pacientes com frieza, desatenção ou displicência.	O principal defeito de um médico é o desrespeito pelo paciente, que se expressa por indelicadeza, impaciência, desatenção, negligência, menosprezo pelo que o paciente diz.
D Discurso Contra Arrogância e a Prepotência	O pior defeito de um médico é ser arrogante, não ter consciência de seus limites, achar que é um ser superior, dono da verdade, que não precisa de ajuda, e assim trazer más conseqüências para os pacientes. É a vaidade de se sentir um semi-deus, com poder sobre a vida e sobre as pessoas, como se sua profissão fosse mais digna do que as demais.	O maior defeito de um médico é ser arrogante e achar que sabe tudo, desprezar o que outros profissionais pensam, chegar ao ponto de se achar um semi-deus.	O pior defeito de um médico é achar que sabe tudo, não admitindo seu desconhecimento ou seus erros. É achar que é superior aos outros profissionais pelo fato de lidar com a vida, chegando a pensar que é Deus. Essa falta de humildade resulta num comportamento arrogante e prepotente.	O pior defeito de um médico é achar que sabe tudo, julgar-se poderoso como Deus, um ser que nunca comete erros. A vaidade de considerar sua profissão melhor do que as outras.
Q Discurso Contra a Ganância	O pior defeito de um médico é a ganância, o fato de pensar apenas no retorno financeiro ou no prestígio social, como se fosse um comerciante, esquecendo do seu paciente.	O pior defeito de um médico é trabalhar só por dinheiro ou prestígio, sem amor pelo que faz.	O pior defeito de um médico é a ganância, exercer a profissão só pensando em dinheiro, chegando a pedir exames desnecessários e fazer diagnósticos errados, não se importando com os pacientes que não podem pagar. Muitos médicos estão se tornando muito capitalistas, perderam o dom da profissão.	Não há.

3.3.1. O Discurso Contra a Falta de Consideração com o

Paciente

11. DISCURSOS CONTRA A FALTA DE CONSIDERAÇÃO COM O PACIENTE			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
O pior defeito de um médico é a distância que mantém do paciente, a falta de respeito pela pessoa como um todo. É não cumprir os cuidados físicos e o apoio emocional que deve ao paciente, é não ter sensibilidade para ouvir o que o paciente diz.	O maior defeito de um médico é a visão meramente biológica do paciente, o descaso, a pressa no atendimento, a intolerância e a discriminação do paciente por motivos sociais ou econômicos.	O pior defeito de um médico é tratar seus pacientes com frieza, desatenção ou displicência.	O principal defeito de um médico é o desrespeito pelo paciente, que se expressa por indelicadeza, impaciência, desatenção, negligência, menosprezo pelo que o paciente diz.

Distância, frieza, falta de sensibilidade, indelicadeza, desrespeito são algumas das expressões pejorativas que compõem este discurso comum a todas as turmas.

Corresponde, na forma negativa, ao discurso do bom relacionamento como o paciente como maior qualidade do médico.

Não apresenta grandes diferenças entre primeiros e quintos anos, mas as expressões relativas a esse discurso são mais numerosas no grupo feminino.

3.3.2. O Discurso contra a Arrogância e Prepotência

12. O DISCURSO CONTRA A ARROGÂNCIA E PREPOTÊNCIA			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
O pior defeito de um médico é ser arrogante, não ter consciência de seus limites, achar que é um ser superior, dono da verdade, que não precisa de ajuda, e assim trazer más conseqüências para os pacientes. É a vaidade de se sentir um semideus, com poder sobre a vida e sobre as pessoas, como se sua profissão fosse mais digna do que as demais.	O maior defeito de um médico é ser arrogante e achar que sabe tudo, desprezar o que outros profissionais pensam, chegar a ponto de se achar um semideus.	O pior defeito de um médico é achar que sabe tudo, não admitindo seu desconhecimento ou seus erros. É achar que é superior aos outros profissionais pelo fato de lidar com a vida, chegando a pensar que é Deus. Essa falta de humildade resulta num comportamento arrogante e prepotente.	O pior defeito de um médico é achar que sabe tudo, julgar-se poderoso como Deus, um ser que nunca comete erros. A vaidade de considerar sua profissão melhor do que as outras.

Esse discurso também está presente nas respostas das quatro turmas de estudantes, mais marcadamente nos quintos anos das duas instituições de ensino.

A prepotência e a arrogância são palavras de significados semelhantes e que se confundem na fala dos sujeitos. As expressões chave que definem estes discursos são, basicamente: achar que é dono da verdade, sentir-se um semideus, não ter consciência de seus limites.

Esses dois defeitos são referidos à relação com o paciente, com os colegas e com o próprio conhecimento.

São o oposto da qualidade da Humildade e indiretamente também o oposto da Capacidade de Curar e Salvar Vidas, na medida em que grande parte das expressões sobre Arrogância e Prepotência se referem aos maus resultados desses defeitos para a saúde do paciente.

3.3.3. O Discurso contra a Ganância

13. DISCURSOS CONTRA A GANÂNCIA			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
O pior defeito de um médico é a ganância, o fato de pensar apenas no retorno financeiro ou no prestígio social, como se fosse um comerciante, esquecendo do seu paciente.	O pior defeito de um médico é trabalhar só por dinheiro ou prestígio, sem amor pelo que faz.	O pior defeito de um médico é a ganância, exercer a profissão só pensando em dinheiro, chegando a pedir exames desnecessários e fazer diagnósticos errados, não se importando com os pacientes que não podem pagar. Muitos médicos estão se tornando muito capitalistas, perderam o dom da profissão.	Não há.

A ganância é mencionada como o pior defeito de um médico especialmente nas respostas dos grupos femininos dos primeiros anos, embora algumas expressões relacionadas a essa idéia estejam presentes nas respostas do 5º ano da UMC.

As expressões chave mais significativas desses discursos são: pensar apenas no retorno financeiro, solicitar exames desnecessários, pensar como comerciante, desprezar o paciente que não pode pagar. Referem-se representações sociais forjadas no início da formação da medicina como prática profissional moderna, quando a mercantilização do atendimento era negada.

3.4. Discursos do Sujeito Coletivo referentes à Questão

4. Qual a principal responsabilidade de um médico?

A principal responsabilidade de um médico foi descrita mais ou menos em torno das mesmas idéias centrais da Questão 2, referente à maior qualidade de um médico. Foram construídos dois discursos comuns às quatro turmas.

QUESTÃO 4: QUAL A PRINCIPAL RESPONSABILIDADE DE UM MÉDICO?

IDÉIA CENTRAL	FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
	1º ANO	5º ANO	1º ANO	5º ANO
I O Discurso da Vida e da Qualidade de vida	A principal responsabilidade de um médico é ter nas mãos o que há de mais valioso no mundo, a vida de outro ser humano. É diagnosticar corretamente e, se não puder curar, pelo menos aliviar o sofrimento, manter e salvar vidas, pois qualquer descuido pode ser fatal. E buscar sempre melhorar a qualidade de vida, promover o bem estar.	A principal responsabilidade de um médico é lidar com vidas, usar seus conhecimentos para salvar e zelar pela qualidade de vida, com plena consciência das conseqüências de suas ações no futuro de cada um de seus pacientes.	A principal responsabilidade de um médico é lidar com a vida humana. O médico tem a vida do próximo nas mãos, deve zelar por ela, melhorar sua qualidade, amenizar o sofrimento e, principalmente, não errar.	A principal responsabilidade de um médico é saber realmente lidar com a vida de seus pacientes. Ele deve, a todo custo, manter a saúde de um paciente ou de uma região.
II O Discurso do Relacionamento Humano com o Paciente	A principal responsabilidade de um médico é ajudar as pessoas mais necessitadas, sem pensar no retorno financeiro e sempre que um ser humano, qualquer que seja, necessitar. Essa ajuda não se restringe à solução de problemas físicos, mas envolve respeito e conforto ao paciente e seus familiares, pois o médico é responsável mesmo pela forma como o paciente recebe as melhorias da sua saúde. Deve esclarecer ao paciente toda a sua situação, os procedimentos que serão realizados e as limitações do médico e do tratamento.	A maior qualidade de um médico é tratar o paciente com respeito e seriedade, sem discriminação por classe, raça ou recursos financeiros, informando-o da verdade sobre a doença e sobre as possibilidades terapêuticas e lidar com suas expectativas de cura.	A principal responsabilidade de um médico é fazer o máximo pelo seu paciente, sem se preocupar com a remuneração. É tratá-lo como um membro da família e não como um número, favorecendo sua recuperação física e também sua saúde psicológica.	A principal responsabilidade de um médico é a de cuidar não só da saúde física do paciente, mas também da mental e da espiritual, tratando-o com paciência como a um amigo.
III Não prejudicar o paciente (o discurso do código de ética)	A principal responsabilidade de um médico é antes de tudo não prejudicar o seu paciente, tanto física como emocionalmente. Garantir que seus atos resultem exclusivamente em benefícios e avaliar muito bem os riscos de qualquer procedimento.	Não há.	Não há.	Não há.

3.4.1. O Discurso do Relacionamento Humano com o

paciente

14. O DISCURSO DO RELACIONAMENTO HUMANO COM O PACIENTE			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
<p>A principal responsabilidade de um médico é ajudar as pessoas mais necessitadas, sem pensar no retorno financeiro e sempre que um ser humano, qualquer que seja, necessitar. Essa ajuda não se restringe à solução de problemas físicos, mas envolve respeito e conforto ao paciente e seus familiares, pois o médico é responsável mesmo pela forma como o paciente recebe as melhorias da sua saúde. Deve esclarecer ao paciente toda a sua situação, os procedimentos que serão realizados e as limitações do médico e do tratamento.</p>	<p>A maior qualidade de um médico é tratar o paciente com respeito e seriedade, sem discriminação por classe, raça ou recursos financeiros, informando-o da verdade sobre a doença e sobre as possibilidades terapêuticas e lidar com suas expectativas de cura.</p>	<p>A principal responsabilidade de um médico é fazer o máximo pelo seu paciente, sem se preocupar com a remuneração. É tratá-lo como um membro da família e não como um número, favorecendo sua recuperação física e também sua saúde psicológica.</p>	<p>A principal responsabilidade de um médico é a de cuidar não só da saúde física do paciente, mas também da mental e da espiritual, tratando-o com paciência como a um amigo.</p>

Este discurso corresponde ao de mesmo título construído com respostas à Questão 2, referente à maior qualidade de um médico.

Contém expressões chave semelhantes às do primeiro, permeadas também dos valores da integralidade do ser humano, da não discriminação e do altruísmo.

Está presente em todas as turmas, mais intensamente nos primeiros anos.

3.4.2. O Discurso da Vida e da Qualidade de Vida

15. DISCURSOS DA VIDA E DA QUALIDADE DE VIDA			
FCMSCSP		UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES	
1.º ANO	5.º ANO	1.º ANO	5.º ANO
A principal responsabilidade de um médico é ter nas mãos o que há de mais valioso no mundo, a vida de outro ser humano. É diagnosticar corretamente e, se não puder curar, pelo menos aliviar o sofrimento, manter e salvar vidas, pois qualquer descuido pode ser fatal. E buscar sempre melhorar a qualidade de vida, promover o bem estar.	A principal responsabilidade de um médico é lidar com vidas, usar seus conhecimentos para salvar e zelar pela qualidade de vida, com plena consciência das conseqüências de suas ações no futuro de cada um de seus pacientes.	A principal responsabilidade de um médico é lidar com a vida humana. O médico tem a vida do próximo nas mãos, deve zelar por ela, melhorar sua qualidade, amenizar o sofrimento e, principalmente, não errar.	A principal responsabilidade de um médico é saber realmente lidar com a vida de seus pacientes. Ele deve, a todo custo, manter a saúde de um paciente ou de uma região.

Este discurso corresponde ao Discurso da Capacidade de Curar e Salvar Vidas, construído com respostas da Questão 2. É composto por expressões chave encontradas nas respostas das duas instituições, e distribuídas igualmente entre os dois sexos e as duas séries. Reiteram a visão de médico que cura e salva, com a diferença de que aqui já não se trata de uma qualidade a ser admirada, mas de uma obrigação a ser cobrada. *Qualquer descuido pode ser fatal, plena consciência das más ações, não errar*, são expressões características desse discurso.

CONCLUSÕES

Os DSC construídos no decorrer da pesquisa tema deste trabalho apresentam duas características principais. A primeira é sua repetição, quase literal, em todos os grupos de sujeitos. É surpreendente como as idéias centrais, em torno das quais foram construídos, se repetem nas duas instituições de ensino, tão diferentes nas suas histórias e nos seus currículos. Também não se alteram significativamente do primeiro para o quinto ano da faculdade, nem entre os sexos.

Essa padronização das respostas, que parece negar diferenças, explica-se pelo conceito de representações sociais. Enquanto representações sociais, os DSC contêm exatamente aqueles conteúdos simbólicos que não se modificam facilmente, que servem para explicar e se posicionar na realidade objetiva de acordo com as relações dominantes, no sentido de se conformar ou de a elas resistir. A homogeneidade da imagem de médico evocada pelos DSC é uma característica do conceito de *habitus* de Bourdieu, considerado como um princípio gerador e unificador de um conjunto de escolhas de bens e de práticas.

A segunda característica dos DSC, no seu conjunto, é o contraste com os valores da sociedade capitalista de consumo e principalmente com a prática atual da medicina. Eles estão muito mais próximos dos valores que conformavam a prática artesanal do que da prática especializada e tecnológica de hoje. Considerando que esses alunos, da mesma maneira que a população em geral, não desconhecem os problemas do atendimento médico na nossa sociedade, coloca-se a hipótese de que os discursos foram padronizados por necessidade dos sujeitos de atender a expectativas externas, ou simplesmente por uma incapacidade do sujeito individual de perceber o real. No entanto, é preciso observar que a instância que padroniza os DSC é social, independe da consciência individual. Cumpre a função de reproduzir a estrutura das relações sócio-econômicas dominantes, representando-as como naturais e contribuindo para a sua conservação. Essa "naturalização" do social possibilita a aceitação automática da maneira como as forças dominantes configuram o campo social.

No caso das representações da profissão médica presentes no Discurso do Sujeito Coletivo dos estudantes de medicina da UMC e da FCMSCSP, trata-se de imagens da profissão médica presentes no imaginário popular e desenvolvidas dessa forma específica pelo segmento social ao qual pertencem os estudantes de medicina; representações ancoradas nos valores que a sociedade empresta à profissão e que respondem a necessidade de manutenção ou de transformação do equilíbrio de forças no campo da medicina e da saúde. Os estudantes de medicina sujeitos desta pesquisa compartilham esse universo simbólico com toda a sociedade, elaborando suas formas próprias de explicação e de ação de acordo com sua posição histórico social de classe e de gênero. Se conservam nos seus discursos representações sociais da medicina tradicional, com certeza é porque essas representações ainda cumprem uma função na manutenção das forças dominantes da sociedade, embora sejam inadequadas para uma recomposição da categoria mais de acordo com os seus interesses.

Sua não correspondência com as novas formas de exercício da profissão médica pode estar relacionada com a história da origem da profissão.

A prática da medicina se constituiu como profissão moderna pela uniformização e unificação de uma grande diversidade de práticas pré-capitalistas "curadoras" ou "artes de curar", baseadas em diferentes explicações sobre as doenças. Uma unificação e uniformização peculiar, pois na medicina não houve a segmentação da produção, nem a divisão entre atividade manual e atividade intelectual. Para os médicos, o saber e o fazer se incorporaram no monopólio de um "saber fazer" que favoreceu que a medicina mantivesse uma forma "artesanal" de produção de serviços que permaneceu até as primeiras décadas do século XX e lhe valeu prestígio e valor social.

Com a importância que a medicina assumiu para o capitalismo emergente no saneamento das cidades, na recuperação da capacidade produtiva dos trabalhadores e na normalização da vida social, esse valor se reforçou, permitindo que a medicina se apresentasse como prática liberal e autônoma, atuando em livre concorrência, e ao mesmo tempo cultivasse uma imagem de dedicação, austeridade e despojamento similar à do sacerdócio. Essa imagem, repassada de geração a geração, reforçou sua posição social de prestígio, sendo uma das carreiras mais almejadas pelas famílias burguesas para seus filhos e, à

medida que se desenvolviam os cursos universitários, uma das de mais difícil acesso devido ao preparo necessário para neles ingressar.

No decorrer da história, porém, como já exposto no Capítulo I deste trabalho, vários fatores concorreram para uma mudança no papel do médico, alterando não só a forma de sua inserção no mercado de trabalho, como a transformação da própria prática médica e da imagem do profissional de medicina na sociedade, gerando uma verdadeira crise de identidade profissional.

O conflito gerado por essa mudança em curso, para a qual concorrem especialmente os fenômenos da especialização, do desenvolvimento tecnológico na área da saúde e do assalariamento dos profissionais, ainda não tem explicação satisfatória no senso comum. Gera relações de conflito entre médicos e pacientes, entre proprietários de empresas de saúde e profissionais, e entre os próprios médicos que, perdendo o controle da totalidade do processo de trabalho, são obrigados a atuar em grupo, numa relação de dependência mútua.

Esses impasses vividos pela categoria médica transparecem na qualidade do atendimento da assistência médica, repercutindo na opinião pública, nas entidades representativas da corporação e no meio acadêmico. Estão presentes no processo educativo, não só nos currículos e nos equipamentos e espaços físicos, mas nas concepções e nas posturas de seus atores: médicos, pacientes, donos de empresas médicas que aceitam estagiários irregulares, professores, alunos.⁹

Entre todos os discursos construídos, o do Relacionamento Humano com o paciente é o que mais se repete. Aparece como a maior qualidade de um médico, no seu contrário, como o pior defeito e como a maior responsabilidade de um médico. É completado, ainda, pelo altruísmo como maior qualidade. O alto valor conferido a essa representação social indica que há espaço, no imaginário dos alunos, para a elaboração de uma concepção de medicina humanizada, tão evocada pelos críticos do ensino atual. No entanto, conflita com a padronização do atendimento médico, a hierarquização e burocratização dos serviços, a interferência da tecnologia, fatores que contribuem para um

⁹ Millan, em 1999, organizou artigos de psicanalistas sobre características e necessidades psicológicas da formação médica e assistência psicoterápica ao estudante de medicina. Elaborados sob a perspectiva da psicanálise, os outros artigos tratam com clareza do desgaste mental provocado pela necessidade de lidar com motivações inconscientes e com os conflitos e deficiências da realidade social da Medicina no Brasil. (MILLAN 1999).

relacionamento mais impessoal, muito distante das expectativas observadas nas repostas ao questionário.

A própria anamnese, instrumento tradicionalmente usado não só para diagnóstico, mas também para estabelecer confiança e aceitação da autoridade médica por parte do paciente, é descaracterizada pela interferência da tecnologia na relação médico paciente. O resultado é que uma das características dos profissionais da medicina vem sendo exatamente sua dificuldade de se relacionar com o paciente, sua resistência cultivada durante o curso para lidar com estados emocionais, e o medo exagerado do envolvimento pessoal.

Para fazer frente a esses problemas, é necessário reformular o ensino médico.

A necessidade de inovação na educação médica tem sido debatida nos últimos anos, tanto no meio acadêmico quanto no âmbito das entidades representativas da corporação. Segundo avaliação realizada pela CINAEM, citada no primeiro capítulo deste trabalho (p. 26), a educação médica não está dando conta da formação de um profissional que atenda às necessidades da sociedade. Os currículos são considerados pouco eficazes, restritos aos limites da dimensão biológica e da incorporação tecnológica. O aluno é entendido inadequadamente como objeto do ensino. A população, os serviços de saúde e o paciente são usados como insumo do processo de formação. O professor é a fonte principal do saber.

O ensino prático, tradicionalmente um componente essencial da formação médica, pela sua propriedade de transformar atitudes, valores e padrões de comportamento, através da convivência do estudante com instrutores e pares, com pacientes e membros da equipe de saúde, é o mais prejudicado pela qualidade de ensino.

Nas propostas e experiências de superação desses problemas, discutidas no capítulo I, a posição do aluno como sujeito do processo de formação e o resgate da subjetividade nas relações de ensino-aprendizagem, relacionam-se especialmente com este estudo. Tomar representações sociais de estudantes de medicina como objeto de conhecimento é uma forma de contribuir para esse resgate, ao possibilitar o desvendamento da realidade subjetiva dissimulada, e de reconstrução dos valores de acordo com novas necessidades.

Se alunos e professores puderem tomar suas próprias concepções de medicina como objeto de reflexão e distinguir os elementos que compõem seus “ideais” de profissão, poderão compreender a função que cumprem na sociedade e colocar sua energia no trabalho de elaboração de novos valores. Valores que apontem para a identificação do estudante com um projeto de profissão assentado nas necessidades reais da sociedade, que sirva como orientação para o desenvolvimento pessoal e profissional mais satisfatório.

Segundo Bourdieu (1996), o conhecimento dos determinismos é a melhor forma das pessoas se libertarem deles. Mapear representações sociais num espaço simbólico específico, sistematizar e partilhar esse conhecimento no meio acadêmico é expor as representações sociais a um pensamento objetivo, é trazer para a consciência um conteúdo que nem por isso deixará de ser inconsciente, mas poderá se articular com novos conteúdos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. **A educação de profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999.
2. Almeida M. e Blejmar B. Mudança organizacional e transformação social. In: Almeida M., Feuerwerker L., Llanos C.M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. Uel; 1999.
3. Bauer M. A popularização da ciência como imunização cultural: a função de resistência das Representações Sociais. In: Guareschi, P. e Jovchelovitch, S. Organizadores. **Textos em representações sociais**. 2º ed. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 229-257.
4. Bourdieu P. **A economia das trocas simbólicas**. Miceli S. tradutor. São Paulo: Perspectiva; 1999.
5. Bourdieu P. **O poder simbólico**. Tomaz F. tradutor. Lisboa: Diefel, 1989. RJ: Editora Bertrand Brasil S.A., 1989. Coleção Memória e Sociedade.
6. Bourdieu P. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Trad. Correa M. Campinas, São Paulo: Papyrus; 1996
7. Campos, GWS. **Os médicos e a política de saúde – entre a estatização e o empresariamento, a defesa da prática liberal da medicina**. São Paulo; 1996.[Tese de Mestrado. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP].
8. Campos, J. J. B. Quais os caminhos para se chegar à mudança na educação médica? [Editorial] **Boletim da ABEM**. 2001; n. 3, XXIX: 2-3.
9. Carvalho JM. **Cidadania no Brasil – o longo caminho**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
10. Chaves M. e Kisil M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: Almeida M., Feuerwerker L., Llanos C.M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina – teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. Uel; 1999.
11. Coelho E. C. Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: Machado, M. H. organizadora. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz ;1995.
12. Conselho Federal de Medicina. Encontro debate educação médica: aprender e criar. **Revista Medicina**. 2000; n.116:4.

13. Conselho Federal de Medicina. CINAEM apresenta projeto de reformulação do ensino médico. **Revista Medicina**. 2000; n.119/120:4-5.
14. Conselho Federal de Medicina. Onde Encontrar a história da Medicina. **Revista Medicina**. 2000; n.119/120:16.
15. Donnangelo, M.C.F. **O Médico e o Mercado de Trabalho**. São Paulo; 1972. [Tese de doutorado - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo].
16. Erikson, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara ;1878 Original: Identity, Youth and Crisis Copyright 1968 by W.W. Norton & Company, INC., Nova York, E.U.A.
17. Farr, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: Guareschi, P. e Jovchelovitch, S., organizadores. **Textos em representações sociais**. 2º ed. Petrópolis:Vozes; 1995. p. 31–59.
18. Feuerwerker L., Costa H., Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. In: **Divulgação em Saúde para Debate**. Rede Unida. 2000; n. 22 p.36-48.
19. Feuerwerker L. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. In: **Divulgação em Saúde para Debate**. Rede Unida. 2000; n. 22 p.18.
20. Goldenberg, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record; 2000.
21. Guareschi, P.A. Sem dinheiro não há salvação: ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. In: Guareschi, P. e Jovchelovitch, S., organizadores. **Textos em representações sociais**. 2º ed. Petrópolis: Vozes; 1995. p.89–111.
22. Guibu, J. A. **Ensino médico e serviços de saúde. A experiência da Santa Casa de São Paulo**. São Paulo; 1986. [Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva do Curso de Pós Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].
23. Lefèvre F, Lefèvre ACM, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: **Uma nova abordagem metodológica na pesquisa quantitativa**. Caxias do Sul: EDUCS. 2000.
24. Lefèvre F, Lefèvre ACM. **A fala do social II**. Artigo “on line”. 2000; www.fsp.usp.br/~flefevre/
25. Lefèvre F, Lefèvre ACM. **A questão da aderência aos discursos**. Artigo “on line”. 2000; www.fsp.usp.br/~flefevre/

26. Lefèvre F, Lefèvre ACM. **O discurso do sujeito coletivo: breve apresentação da proposta.** Artigo "on line". 2000; www.fsp.usp.br/~flefevre/
27. Lefèvre F, Lefèvre ACM. **O DSC e os fatos sociais durkeimianos.** Artigo "on line". 2000; www.fsp.usp.br/~flefevre/
28. Lefèvre F, Lefèvre ACM. **O processo de desparticularização dos discursos e o resgate do sujeito social.** Artigo "on line". 2000; www.fsp.usp.br/~flefevre/
29. Machado, M. H. e Schraiber, L. B. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: Fleury, Sonia. [org] **Saúde e Democracia.**
30. Machado, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: Machado, M. H. organizadora. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Fiocruz ;1995.
31. Machado, M.H. **Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz;1997.
32. Manente, M.L.M.F. **A opção pela medicina: Determinantes Psicossociais - um estudo exploratório entre médicos residentes do Hospital São Paulo.** São Paulo; 1992. [Dissertação de Mestrado - Escola Paulista de Medicina].
33. Mattos MCI. **Ensino Médico: o que sabemos?** Artigo "on-line". 2002; http://www.interface.org.br/ed1_d4.htm
34. Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não diretiva em Sociologia. In: Thiollente, (MACHADO 1995) J M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária.** Col. Teoria e História 6. São Paulo: Polis; 1985.
35. Millan LR. Organizador. **O universo psicológico do futuro médico – vocação, vicissitudes e perspectivas.** São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.
36. Minayo, M. C. de S.. **O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica.** In: Guareschi, P. e Jovchelovitch, S. Organizadores. 2º ed. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 89–111.
37. Minayo, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 78ªed. São Paulo: Hucitec; RJ: Abrasco; 2000.
38. Olmos, J.D. R. **História e memória do curso de psicologia da UMC.** São Paulo; 1999. [Dissertação de mestrado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

39. Ortiz R. **Bourdieu, Pierre: sociologia**. São Paulo: Ática; 1994. Coleção Grandes Cientistas Sociais.
40. Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde / Editado por Marcos Kisil e Mario Chaves, Battle Creek: Fundação S.K. Kellogg; 1994.
41. Rego S. A ética na formação dos médicos. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro O (orgs) **Ética, Ciência e Saúde – desafios da bioética**. São Paulo: Vozes; 2001.
42. Rego S. O processo de socialização profissional na medicina. In: Machado, M. H. organizadora. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz ;1995.
43. Santos P. M. Profissão médica no Brasil. In: Machado, M. H. organizadora. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
44. Schraiber, L. B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outro dilemas**. São Paulo;1997.[Tese de livre docência - USP Departamento de Medicina Preventiva].
45. Schraiber, LB. Representação e prática: a construção da autonomia. In: **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec; 1993. p.179-219.
46. Teixeira, S. M. **Representações sociais da profissão de serviço social**. São Paulo:1998. [Dissertação de mestrado - PUC-SP].
47. Universidade de Mogi das Cruzes. Centro de Ciências Biomédicas. Curso de Medicina. **Proposta de implantação ou reforma de currículo**. Mogi das Cruzes, SP; 1998.
48. Zaher, V. L. **Da vocação médica ao exercício profissional: Quando os médicos revelam o seu talento**. São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

A N E X O I

QUESTIONÁRIO APLICADO EM 1999 E 2000

Este é um instrumento de auto conhecimento e auto avaliação.

Deve ser respondido a partir das idéias que o aluno tem hoje, sem preocupação de acertar ou errar.

- 1. Nome e número, idade, cidade e bairro onde reside e tipo de moradia: casa, república ou pensão.**
- 2. Por que está fazendo o curso de Medicina?**
- 3. Qual a principal qualidade de um médico? e qual o principal defeito?**
- 4. Qual a principal responsabilidade de um médico?**
- 5. Qual a diferença entre um médico e um educador? e qual a semelhança?**
- 6. O que é saúde? O que é doença?**
- 7. Quais são os principais fatores que levam uma pessoa a ter saúde ou doença?**
- 8. Para fazer um bom diagnóstico, a que tipo de informações o médico deve recorrer?**
- 9. Quais são as principais causas da longevidade de uma pessoa?**

ANEXO II

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA

Questão 2: Por que você está fazendo o curso de medicina?

DISCURSOS DA VOCAÇÃO		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
<p>Faço o curso de medicina porque foi aquele que mais me fascinou. Tenho uma certa paixão pela medicina e estou no curso apenas para obter a satisfação pessoal de realizar um sonho. Sonho que é, ao mesmo tempo, um desafio. Acredito que tenho vocação, pois sempre achei essa profissão muito bonita. Desde criança me vejo trabalhando como médico. Nunca quis ter outra profissão.</p>	<p>Escolhi o curso de Medicina por vontade própria, pois tenho vocação. Sempre quis ser médico, por afinidade e por admiração. Acho que a Medicina é uma profissão muito bonita, na qual vou me realizar profissionalmente.</p>	<p>Desde pequeno, sempre tive o sonho de fazer Medicina, nunca pensei em realizar outro trabalho. Se não fosse a Medicina, não saberia o que fazer. É meu ideal de vida, minha vocação.</p>

DISCURSOS DA AJUDA AO PRÓXIMO E DE SER ÚTIL À SOCIEDADE		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
<p>Porque gosto do contato com outras pessoas e como médico poderei ver o ser humano como ele é. Gostaria de ajudar o próximo, as pessoas mais necessitadas, as pessoas enfermas. Este curso me possibilita melhorar a saúde das pessoas de uma forma direta, aliviar seu sofrimento. Tenho vontade de poder ver uma pessoa feliz por eu ter ajudado a alcançar um estado saudável. É como uma missão...</p>	<p>Escolhi o curso de Medicina porque é um dos cursos que contribuem mais diretamente para melhorar o bem estar das comunidades e de prestar algum tipo de assistência aos indivíduos.</p>	<p>Estou cursando Medicina para ajudar e servir o próximo. O curso oferece a oportunidade de fazer um trabalho social dentro da própria profissão. Quero estar em contato direto com pessoas e poder de alguma forma entendê-las, ajudá-las ou influenciar em suas vidas, através de meu conhecimento. Gosto muito da relação médico-paciente, do respeito que o médico tem em relação às pessoas.</p>

DISCURSOS DE SER ÚTIL À SOCIEDADE		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
<p>Escolhi o curso de medicina porque é uma profissão muito bonita, que pode contribuir para melhorar as condições de saúde de toda a população. Quero ser útil à sociedade e ajudar um grande número de pessoas a curarem suas enfermidades. Acredito na ajuda mútua e na capacidade do homem de mudar o que o rodeia.</p>	<p>Escolhi o curso de medicina porque desejo prestar serviços à sociedade e ajudar as pessoas.</p>	<p>Não há.</p>

ANEXO II

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA

Questão 2: Por que você está fazendo o curso de medicina?

DISCURSOS DA AFINIDADE COM O CAMPO DA MEDICINA		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
Estou cursando medicina por ter afinidade com as diversas áreas médicas, por ser o curso mais compatível com minhas aptidões e meus interesses. Gosto da área médica, gosto de estudar, quero conhecer o funcionamento do organismo, ter contato com pessoas, curar doentes e tentar prevenir algumas doenças.	Desde a época do ginásio me interesse pela biologia, fisiologia e anatomia, tenho vontade de conhecer o funcionamento do corpo humano e os métodos de cura de doenças. Acho que tenho aptidão.	Gosto e acredito ter aptidão para o curso, acho o corpo humano incrível e me interesse pelo desafio de descobrir o diagnóstico. Sempre gostei de cuidar de doentes, na escola adorava fazer trabalhos sobre doenças.

DISCURSO DO LIDAR COM A VIDA		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
Porque esse curso nos dá a chance de poder preservar a vida, representa a oportunidade de conhecermos em profundidade as atividades que envolvem a manutenção e a valorização da vida	Não há.	Sempre gostei de cuidar de vida, poder salvar a vida ou torná-la melhor. Quero utilizar meu conhecimento para proporcionar a cura, o bem estar ou o alívio.

ANEXO II**DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA**

**Questão 3: Qual a principal qualidade de um médico?
E qual o principal defeito?**

DISCURSOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
<p>A principal qualidade de um médico é saber lidar com as pessoas como seres humanos que têm problemas e sentimentos; inspirar confiança, respeito e tranquilidade ao paciente, em todas as situações e dispor-se a ajudá-lo física e psicologicamente.</p> <p>O principal defeito do médico é a frieza, o descaso, o egoísmo e a falta de um relacionamento humano com o seu paciente. Não dar a eles a atenção necessária, não considerar suas idéias, buscar apenas explicações científicas para tudo, deixando de lado fatores psicológicos.</p>	<p>A principal qualidade de um médico é seu bom relacionamento com o paciente, o qual deve ter compaixão, humildade, delicadeza, serenidade, dedicação, ser honesto, e sincero com o paciente.</p> <p>O principal defeito é a frieza, a arrogância, a impaciência e a desonestidade no trato com o paciente.</p>	<p>A principal qualidade de um médico é sua boa relação com o paciente, baseada em respeito, compreensão, solidariedade e capacidade de ouvir e dar amparo ao paciente e aos seus familiares.</p> <p>O principal defeito de um médico é a perda do contato humano com o paciente, o menosprezo pelas suas informações, a pressa ou a frieza, em síntese, a atitude prepotente.</p>

DISCURSOS DA COMPETÊNCIA		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
<p>A principal qualidade de um médico é seu conhecimento e aptidão para curar e salvar vidas, sua perspicácia para diagnosticar e para fazer feliz uma pessoa.</p> <p>O principal defeito é ele não saber usar tudo o que sabe adequadamente, ser negligente, omissivo, sem interesse na profissão.</p>	<p>A principal qualidade de um médico é o conhecimento que lhe permite atender com eficiência e competência, a capacidade de curar e de salvar vidas.</p> <p>O pior defeito é ele não estar ciente da sua importância na vida dos outros, perder vidas por despreparo ou por só pensar em dinheiro. É não poder saber tudo, não ser perfeito.</p>	<p>A principal qualidade de um médico é seu saber e competência para salvar vidas, aliviar a dor, curar as doenças. O médico tem que saber tudo o que sua atividade exige.</p> <p>Saber menos que isso é o seu pior defeito.</p>

ANEXO II**DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA****Questão 4: Qual a principal responsabilidade de um médico?**

DISCURSOS DA RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE		
1.º ANO - 2000	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
O médico é responsável por tratar bem o seu paciente, zelar pela sua saúde	Não há.	A principal responsabilidade de um médico é zelar pela saúde e bem estar do paciente, curar ou amenizar seu sofrimento, confortá-lo e melhorar sua qualidade de vida.

DISCURSOS DA RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE COLETIVA		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
Não há.	O médico é responsável pela melhoria das condições de saúde da comunidade.	A principal responsabilidade de um médico é ter cuidado exercer a medicina preventiva e a promoção social, com vistas a melhorar a qualidade de vida e a saúde da população.

ANEXO II**DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA****Questão 4: Qual a principal responsabilidade de um médico?**

DISCURSO SOBRE ESPORÇAR-SE AO MÁXIMO	
1.º ANO - 1999	
Seja qual for o esforço necessário, fazer o máximo, muito bem, , sem medir esforços, de forma atenciosa e competente, ter certeza de que está fazendo sempre o melhor, estar pronto para atender, se empenhar ao máximo, sem usar limitações, fazer o possível e o impossível, dedicar-se de coração, cumprir com suas obrigações sempre, integralmente.	

DISCURSOS SOBRE A RESPONSABILIDADE DE NÃO ERRAR		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
Dominar todo conhecimento necessário; agir com razão para evitar equívocos que podem custar vidas; não errar quando não pode e errar quando pode. Saber agir no momento certo e de maneira certa. Temos uma vida em nossas mãos e não podemos brincar com isso.	A principal responsabilidade de um médico é estar sempre pronto para atender, tentar ao máximo curar os pacientes e não deixar de estudar nunca, pra não cometer erros.	A principal responsabilidade de um médico é ter consciência do que faz e do que prescreve, não cometer erros, nunca ser negligente, não fazer nada que possa prejudicar o paciente, diagnosticar corretamente e saber o momento certo de pedir ajuda a outro profissional.

DISCURSOS SOBRE ATENDER QUALQUER PESSOA		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
Ajudar qualquer pessoa, tendo ela condições de pagar ou não; conhecer e respeitar o paciente com humano, não como a sua renda; cuidar, salvar, preservar vidas de quem precisar, mesmo que seja um desconhecido, independente da raça, credo ou situação econômica.	Não há.	Atender as pessoas independentemente da patologia, recursos financeiros ou possibilidades de cura.

DISCURSOS DA RESPONSABILIDADE PELA VIDA		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
O médico deve ter consciência de que muitas vezes a vida de uma pessoa está em suas mãos, que é responsável pela vida de seu paciente, que deve respeitar e preservar a vida.	Não há.	A principal responsabilidade de um médico é zelar pela saúde e bem estar do paciente, curar ou amenizar seu sofrimento, confortá-lo e melhorar sua qualidade de vida.

ANEXO II**DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA**

**Questão 5: Qual a diferença entre um médico e um educador?
E qual a semelhança?**

DISCURSOS DA SAÚDE COMO ESTADO DE EQUILÍBRIO QUE ENGLOBALA AS RELAÇÕES DO INDIVÍDUO COM O MEIO ONDE VIVE		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
<p>Saúde não é apenas o lado biológico do ser humano. É um quadro de bem estar físico, mental e social aliado a boas condições de vida no meio em que vive. Doença é um problema no corpo, na mente ou no convívio social que impede a pessoa de manter hábitos saudáveis de vida.</p>	<p>Saúde existe quando todos os sistemas estão em harmonia, quando tudo está correndo bem. É o bem estar do ser humano com condições de viver bem, de trabalhar. A falta de condições para a vida ativa ou qualquer desequilíbrio, distúrbio, anomalia, causado por fator crônico ou temporário, nesse equilíbrio é considerado doença.</p>	<p>A saúde é o estado de harmonia e bem estar do ser humano, a doença o resultado da ruptura dessa harmonia. É um conjunto de várias coisas que levam a uma qualidade de vida satisfatória, envolvendo os aspectos físico, mental, social, ambiental, espiritual.</p>

ANEXO II

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA

**Questão 5: Qual a diferença entre um médico e um educador?
E qual a semelhança?**

DISCURSOS DA SEMELHANÇA PELO RELACIONAMENTO DAS PESSOAS		
1.º ANO - 1999 E 2000	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
Os dois trabalham com pessoas e devem desenvolver capacidade para entendê-las e se relacionar com elas.	Não há.	A semelhança entre médico e educador é o fato de ambos terem que se relacionar com o ser humano e com suas diferenças de atitudes, padrões e expectativas.

DISCURSOS DA SEMELHANÇA PELA DEDICAÇÃO A PROFISSÃO		
1.º ANO - 1999 E 2000	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
Os dois aplicam conhecimentos e devem se atualizar constantemente.	Não há.	A semelhança entre médico e educador é a capacidade de entrega, o amor e a dedicação que cada qual tem à sua profissão.

DISCURSOS DA SAÚDE COMO ESTADO FÍSICO		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
Saúde é o bem estar, o funcionamento perfeito, o equilíbrio do organismo. A doença é um problema, um distúrbio que altera esse equilíbrio e necessita de ajuda externa para ser superado.	A saúde é um estado do organismo que apresenta qualidades físicas perfeitas e pleno bem estar físico. A doença é uma anomalia, distúrbio ou baixa resistência de um corpo.	Não há.

DISCURSOS DA SAÚDE COMO ESTADO FÍSICO E MENTAL		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
Saúde é o conjunto favorável de situações físicas e psicológicas de uma pessoa, é estar com o corpo e a mente funcionando sem problemas, fazendo com que a pessoa se sinta bem. Doença é um distúrbio nesse estado, um mal estar. É tudo o que agride o corpo ou a mente, afetando a pessoa de modo desagradável.	Saúde é uma boa qualidade física e mental o bom funcionamento físico e psicológico, a harmonia entre o corpo e a alma própria de alguém que está bem consigo mesmo.	A saúde é o completo bem estar físico, mental e psíquico de um indivíduo e a doença uma disfunção física ou psíquica do organismo.

ANEXO II

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA

**Questão 5: Qual a diferença entre um médico e um educador?
E qual a semelhança?**

DISCURSOS DA DIFERENÇA ENTRE PRÁTICA E TEORIA		
1.º ANO - 1999 E 2000	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
O educador tem um conhecimento mais teórico, amplo e superficial, além de um treino pedagógico para partilhar esse conhecimento com seus alunos, enquanto o médico tem um conhecimento mais prático, específico e científico, que utiliza como instrumento de trabalho e nem sempre tem necessidade de explicá-lo ao paciente.	Não há.	A diferença é que o médico atua diretamente, tratando curando, resolvendo casos num curto espaço de tempo e muitas vezes também orientando e prevenindo, enquanto o educador faz um trabalho indireto, a longo prazo, instruindo a pessoa para ser útil à sociedade, cuidando do seu desenvolvimento intelectual, o que também pode ser, indiretamente, um trabalho preventivo em relação à saúde.

DISCURSOS DA DIFERENÇA ENTRE APLICAR E ENSINAR	
1.º ANO - 1999 E 2000	
O médico aprende a curar o físico, a salvar vidas. O educador ensina a viver, forma pessoas com capacidade crítica.	

DISCURSOS SOBRE A EXPERIÊNCIA DO MÉDICO INACESSÍVEL AO EDUCADOR	
5.º ANO - 2000	
A diferença é que o médico tem conhecimento e recursos para diagnosticar, curar doenças, realizar procedimentos cirúrgicos, utilizar medicamentos, e o educador não tem. O médico compartilha com o paciente seus sintomas e seu sofrimento, ela ensina o que já viveu, o educador não tem esse tipo de experiência.	

DISCURSOS SOBRE O MÉDICO CARECER DE PREPARO PEDAGÓGICO	
5.º ANO - 2000	
A diferença é que o educador trabalha para a formação das pessoas, está preparado para transmitir o que sabe, trabalha com informações mais elaboradas de que o médico e sempre com o mesmo grupo de pessoas, enquanto o médico só é chamado para resolver problemas.	

DISCURSOS DA SEMELHANÇA PELO PAPEL DE EDUCADOR		
1.º ANO - 1999 E 2000	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
Os dois são educadores, responsáveis pelos rumos da sociedade, contribuem para a melhoria das condições de vida das pessoas.	Não há.	A semelhança entre médico e educador é o fato de que ambos formam opiniões, previnem, orientam, a população. É muito importante que o médico seja um educador, pois a cura de uma doença muitas vezes passa pela educação.

ANEXO II

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA

Questão 7. Quais são os principais fatores que levam uma pessoa a ter saúde ou doença?

DISCURSOS DA SAÚDE COMO RESPONSABILIDADE DO INDIVÍDUO		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
O que leva uma pessoa a ter saúde ou doença são suas características psicológicas e seus hábitos cotidianos, a opção que fez por um estilo de vida, envolvendo alimentação, o uso de substâncias altamente prejudiciais como o cigarro, a prática de exercícios, higiene, conhecimento de como se prevenir contra doenças, estar bem consigo mesma, certas atitudes preventivas, bom relacionamento, uma vida regrada. E síntese, é a própria cabeça da pessoa e o fato dela se cuidar, de estar feliz consigo mesma que podem lhe beneficiar (saúde) ou prejudicar (doença).	A saúde depende principalmente de fatores psicológicos. Assim, tem saúde a pessoa que mantém o corpo e a mente em equilíbrio, pratica exercícios físicos, se alimenta corretamente, está bem consigo mesma e faz o que gosta. A doença é causada pela vida desregrada, bebida, cigarro, vícios, influências ruins, descuido com o corpo e com a alma.	Um dos fatores básicos para uma pessoa ter saúde ou doença é seu estilo de vida: hábitos alimentares corretos, uma vida regrada, sem abusos, bem estar físico e mental, as escolhas, os hábitos, o modo de encarar a vida, tanto em situações felizes como tristes, o convívio e posição na comunidade além de fatores hereditários que não podemos intervir. A pessoa pode adoecer por descuido dela mesma, ou por causas que independam disso, por exemplo, fatores genéticos.

DISCURSOS DA SAÚDE DETERMINADA POR FATORES EXTERNOS AO INDIVÍDUO OU INDEPENDENTES DA VONTADE DELE		
1.º ANO - 1999	1.º ANO - 2000	5.º ANO - 2000
O que leva uma pessoa a ter saúde ou doença são as condições de vida proporcionadas pelo ambiente em que a pessoa vive. Os problemas da vida, os hábitos, a situação psicológica, educacional, econômica e social, enfim, todo seu tipo de vida interfere. Para ser saudável é necessário levar uma vida sem muito stress, ter emprego, condições de moradia, condição financeira, consciência social e consulta o médico regularmente. Um dos fatores que levam uma pessoa a ter saúde ou doenças é sua carga genética.	O que leva a pessoa a ter saúde ou doença são suas condições de vida, a harmonia com seu meio, as possibilidades reais de vida, tais como acesso à informação, condições financeiras, qualidade de vida.	O leva uma pessoa a ter saúde ou doença é o conjunto dos fatores genéticos, ambientais, sócio – econômicos, emocionais. Assim, a falta de informação, falta de higiene, não ter condição par ir ao médico ou comprar remédios devido ao subdesenvolvimento do país, e ainda fatores genéticos ou a desnutrição são fatores que causam o estado de doença. São fundamentais o saneamento básico, condições de moradia, acesso à informação, ao médico e a exames complementares.

ANEXO II**DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA**

Questão 8: Para fazer um bom diagnóstico, a que tipo de informações o médico deve recorrer?

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO	
1.º ANO - 1989	Para fazer um bom diagnóstico o médico deve ouvir o paciente, analisar suas queixas, conhecer o tipo de vida que ele tem, seu histórico de doenças e juntar essas informações a seus conhecimentos. Deve recorrer a todos os métodos ensinados na faculdade, à experiência própria na prática e complementarmente a exames. Após muita prática, terá condições para realizar o diagnóstico.
1.º ANO - 2000	O médico deve lançar mão do conhecimento aprendido na faculdade, a leituras e estudos, de informações científicas sobre a patologia do paciente, às técnicas para cura-la. Deve entrevistar cuidadosamente o paciente, colhendo informações sobre o histórico da doença apresentada, os remédios usados e também sobre o cotidiano do paciente, suas condições de vida e de trabalho, sua família, suas preocupações e seus hábitos. Todo tipo de informação que puder ser obtida, tudo o que estiver disponível é importante para um bom diagnóstico.
5.º ANO - 2000	Para fazer um bom diagnóstico o médico deve fazer em primeiro lugar uma cuidadosa anamnese, recorrendo às informações prestadas pelo paciente. Em seguida, ao exame físico e aos seus conhecimentos, adquiridos por estudo ou por experiência. Muitas vezes essas informações são suficientes. Se necessário, deve solicitar exames subsidiários.

ANEXO II**DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO - PESQUISA EXPLORATÓRIA****Questão 9: Quais são as principais causas da longevidade de uma pessoa?**

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO	
1.º ANO - 1999	A longevidade da pessoa se deve principalmente ao seu suprimento de felicidade, pois quanto mais feliz a pessoa for, mais saudável será sua vida. As causas da longevidade são ainda um bom emprego, lazer e viver bem em sociedade. Ter uma alimentação de qualidade com bons relacionamentos, dormindo bem, praticando esporte, sem fumar. Muito importante é viver e ter prazer nisso, gostando do que faz. Mas esse conceito é complicado, pois existe longevidade tanto para pessoas saudáveis quanto para pessoas que tem uma vida desregrada.
1.º ANO - 2000	Uma pessoa vive mais se tiver uma vida equilibrada, integrando corpo, mente e alma, sendo feliz e voltada para o bem. O acesso aos meios pra uma vida digna, boa educação, esportes, atividades físicas e oportunidades profissionais são determinantes da longevidade. Da mesma forma, um bom médico e a realização de exames rotineiros são fatores de longevidade, que ainda depende de características genéticas e de uma boa saúde física e mental.
5.º ANO - 2000	A longevidade se deve a uma boa qualidade de vida, sem vícios e com boa alimentação, educação, moradia, exercícios regulares, boa convivência social. É muito importante também querer viver (nunca desistir da vida e achar que acabou) ser feliz e esperar sempre o melhor. Ter metas, projetos (sem projetos a pessoa não tem mais motivo para continuar). E manter o corpo e a mente em harmonia.

ANEXO III

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DAS RESPOSTAS DA SESSÃO DEVOLUTIVA
DE 2000

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DO DISCURSO DA VOCACÃO	
IDEIAS CENTRAIS	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Reiteração do discurso	Uma coisa eu vou dizer sempre: amo a Medicina e isso não é de agora. Sempre, até em brincadeiras falava em ser médico. É uma paixão, nasci para exercer brilhantemente a profissão médica. Acredito neste amor inexplicável pela medicina por parte dos acadêmicos do curso e dos médicos já formados. É como um "feeling" que temos dentro de nós. Nunca me vi em outra profissão.
A vocação permite a melhora desempenho das pessoas na carreira médica.	Difícilmente separamos a paixão e o amor da nossa profissão. É difícil imaginar que um médico possa chegar a exercer a profissão sem ter pelo menos um pouco de amor pela medicina, pois para ser médico é necessário muito esforço, dedicação, estudo contínuo, paciência. Sem paixão a medicina será muito cruel e dura. Nos dias de hoje, graças à concorrência, é difícil sobreviver gostando da profissão, imagine não gostando.
Os limites do sonho	É uma fascinação e ao mesmo tempo é um desafio. Isto me preocupa. O ideal da Medicina ainda me fascina, porém hoje eu a percebo muito mais real, não basta sonhar, é necessário gostar e ter afinidade pela área. É uma visão utópica. Não acredito muito em predestinação, não foi sempre que eu quis ser médico. Foram as visitas promovidas pelo Colégio que me mostraram este mundo maravilhoso em que convivo hoje.
Crítica ao discurso	Trata-se de uma visão muito sentimentalista, da medicina como uma paixão e vocação e em nenhum momento pelo de sua importância. Fica somente dizendo que gosta, não é o bastante. É preciso objetividade. Não acredito em 'nascido médico'. Acredito que vamos gostar da profissão com o passar do tempo, com a vivência e a experiência de vida, podendo avaliar todas as profissões e só depois concluir qual o rumo a seguir na vida. É um discurso um tanto quanto exagerado, parece que a pessoa nasceu com o estetoscópio pendurado no pescoço. Faltam outras visões da área, é um pensamento muito restrito.

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DO DISCURSO DE SER ÚTIL À SOCIEDADE	
IDEIAS CENTRAIS	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Reiteração absoluta do discurso	A medicina, mais que qualquer outra profissão, nos dá chances de sermos extremamente úteis à sociedade. Eu ainda me identifico com esse discurso, que reflete o ideal mais puro do exercício da medicina. É fundamental acreditar na ajuda mútua e na capacidade de mudar as coisas. Essa idéia deve fazer parte da mente do médico. Vejo o médico como um formador de opiniões, que não se acomoda com o fato de que uma só pessoa não muda o sistema, um agente modificador da sociedade. Seremos mais do que médicos, seremos colaboradores para uma sociedade melhor, o que é fundamental no exercício da medicina.
Limites à utopia	Hoje em dia é utópico pensar que um médico sozinho ou um pequeno grupo possa melhorar as condições de saúde da população, porque esse objetivo é de governadores. Além de boa vontade e amor ao próximo, o médico ainda depende muito das condições sociais que o governo oferece a ele e a população. Depende também da integração com outros profissionais e políticos e dos pacientes, com seus hábitos e cuidados. Há outras profissões que podem ajudar as pessoas a curarem suas enfermidades. Cada um precisa fazer sua parte no seu papel, depende também dos pacientes.

ANEXO III

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DAS RESPOSTAS DA SESSÃO DEVOLUTIVA DE 2000

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DO DISCURSO DE SER ÚTIL À SOCIEDADE	
IDEIAS CENTRAIS	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>O discurso é idealizado, vago e pouco profissional.</p>	<p>Esse discurso é muito idealizado, nem sempre é possível ajudar a toda a população. O número de enfermidades é extremamente grande. A realidade dos médicos que exercem a profissão atualmente não comporta o mesmo idealismo dos estudantes que sonham com a carreira médica. O homem não é capaz de mudar tudo que o rodeia. Aprendi que não é preciso realizar grandes obras para sermos úteis à sociedade, mas sim sermos úteis ao paciente que está na nossa frente. Devemos ser realistas, vivemos num mundo onde o dinheiro é tão valioso quanto um aperto de mão.</p>
<p>Esse discurso é incorrreto, hipócrita.</p>	<p>É uma forma de criar para o profissional uma imagem bondosa. Talvez retrate a verdade, porém mostra um certo ar de hipocrisia. Qualquer profissional quer ser útil à sociedade, seja ele médico, advogado, professor... e isso não faz da Medicina uma profissão mais "bonita" do que as outras. A aptidão por uma profissão é que faz a pessoa acha-la bonita. A capacidade do homem mudar o que o rodeia é independente de sua profissão. Esta visão restringe ao médico e, apenas a ele, a condição primordial para transformar o mundo.</p>

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DO DISCURSO DA AJUDA AO PRÓXIMO	
IDEIAS CENTRAIS	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>O médico é, por natureza, um ser solidário e caridoso.</p>	<p>Este discurso relata a essência da Medicina, que ainda vejo como uma missão de cada um de nós, algo que deve estar na alma do futuro médico. O contato com as pessoas, a possibilidade de amenizar seu sofrimento é fascinação para mim. Depois de formado e financeiramente estável, quero usar um dia ou mais da semana para cuidar de pessoas pobres e necessitadas. Ver seu paciente feliz ou aliviado é a grande recompensa de anos de estudos e sacrifícios. Todos os profissionais da área médica deveriam pensar assim.</p>
<p>O relacionamento médico paciente pode ser agradável e produtivo</p>	<p>Quero lidar com pessoas que se espelham no médico para ter alguma esperança em curarem suas enfermidades e ter um relacionamento com meus pacientes o mais proveitoso possível, como amigos. Gostar do contato com as pessoas é fundamental, pois o bom contato com o paciente facilita o processo de cura. É muito gratificante percebermos que somos importantes de alguma forma, mesmo ainda no início do curso. O médico pode ajudar o paciente e, muitas vezes, aprender com ele.</p>
<p>A relação individual médico paciente tem mais condições de dar resultados do que o trabalho social.</p>	<p>Quando se trata de ajudar pessoas individualmente o médico pode ser mais atuante. Para chegar ao coletivo, é necessário que se comece aos poucos, um por um. Cuidar das pessoas isoladamente também é muito complicado, porém é um trabalho bem mais fácil de dar resultados. É muito gratificante você ver resultados, poder curar.</p>

ANEXO III

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DAS RESPOSTAS DA SESSÃO DEVOLUTIVA DE 2000

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DO DISCURSO DA AJUDA AO PRÓXIMO	
IDÉIAS CENTRAIS	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>A ajuda ao próximo não é característica especial da medicina ou dos médicos e que não é suficiente para definir a profissão.</p>	<p>Este discurso em nenhum momento fala da profissão. É uma opinião pouco consistente. A medicina deixou de ser apenas uma possibilidade de ajudar ou conhecer melhor o paciente. A melhora da saúde das pessoas é possível. Mas o contato com outras pessoas pode ser adquirido por outras profissões. Todas as pessoas deveriam tratar o próximo com dignidade visando descobrir o seu "eu" interior. Esta incumbência não deveria ser apenas da área médica. É uma posição utópica, muito sentimentalista.</p>

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DO DISCURSO DA IDENTIFICAÇÃO COM O CAMPO	
IDÉIAS CENTRAIS	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Reafirmação da escolha por afinidade</p>	<p>Optei por Medicina porque gosto e por ter afinidade com as matérias do curso. Adoro conhecer o organismo humano, a vida humana como um todo, desvendar os mistérios do corpo humano. Temos que fazer atividades que gostamos para colhermos bons frutos, já que temos um longo período de estudos pela frente. Quem não tem paixão pela ciência e pelas diversas áreas que ela oferece, não será um médico completo.</p>
<p>O caráter "científico" identificado como "materialista"</p>	<p>É o discurso mais realista, menos sonhador e talvez mais materialista que os demais. Apresenta uma visão bem científica e une esta às aptidões de gostar de estudar. Porém, a medicina exige muito do contato com o paciente e do seu 'feeling'. Caso haja mais identificação do médico com a ciência do que com a relação humana inerente a profissão, o melhor a se fazer é procurar uma especialidade que exija menos contato com o ser humano.</p>
<p>A importância do retorno financeiro</p>	<p>Concordo que a Medicina é pouco afetada pelo desemprego. Um futuro financeiro seguro hoje é uma preocupação de todos. Além de paixão pela Medicina deve-se também pensar no lado econômico. Não quero passar necessidades pessoais, quero um bom emprego e ser remunerado condignamente. Ter um padrão de vida bom não é o principal objetivo, mas também não o desprezo, quero sim viver bem como qualquer profissional.</p>
<p>Não é bom escolher profissão por motivos materiais</p>	<p>Não se deve cursar Medicina pensando no dinheiro ou emprego ou apenas pela comodidade desta não ser muito afetada pelo desemprego. É importante escolhermos uma carreira com a qual tenhamos afinidades. Hoje o médico ganha mal e está perdendo seu reconhecimento devido aos maus médicos que pensaram mais neste lado material. Quem não tem vontade de dar o máximo de si em troca de apenas um sorriso sincero, não terá forças para agüentar os desgastes da profissão. Infelizmente não é esta a mentalidade que predomina entre estudantes e médicos, já que a maioria está interessada na obtenção de bens materiais e prestígio.</p>
<p>Negação parcial do discurso</p>	<p>Dizer que a Medicina não é uma profissão fria é um comentário próprio de calouro idealista. Ou ainda, acreditar que esta é uma carreira não atingida pelo desemprego também é errada.</p>

ANEXO III

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DAS RESPOSTAS DA SESSÃO DEVOLUTIVA DE 2000

DISCURSOS GERADOS A PARTIR DO DISCURSO DO LIDAR COM A VIDA	
IDEIAS CENTRAIS	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Reiteração e reforço ao discurso da preservação da vida</p>	<p>Este discurso reflete a essência, o ideal mais puro, o principal objetivo e a maior recompensa do exercício da Medicina, a coisa mais maravilhosa desta profissão. Mostra características que todo o médico deve ter, pois a preservação da vida inclusive encontra-se no código de ética da profissão. Assim, deve ser lema também de qualquer estudante que pretenda formar-se médico. É como todos os médicos deveriam pensar, alias não só os médicos, mas toda a sociedade. Não foi a beleza da profissão que mais me influenciou e sim a beleza da cura.</p>
<p>Não apenas salvar vidas, mas a qualidade de vida.</p>	<p>Essa resposta também está ligada em ajudar as pessoas, para que estas possam desfrutar melhor da vida, com base nos conhecimentos sobre o funcionamento e manutenção da vida. Mas a medicina não deve se basear apenas na luta pela preservação da vida. Afinal, é importante a melhoria da qualidade de vida.</p>
<p>A importância do conhecimento médico</p>	<p>Sem dúvidas a escolha do curso envolve esse interesse geral pela vida. No curso médico temos a oportunidade de conhecer todo o funcionamento da vida humana e as atividades que envolvem sua manutenção e valorização, a base para a eficiente realização de todos os procedimentos médicos práticos: diagnóstico, tratamento, prognóstico, prevenção. Todo estudante de medicina deve estar consciente de sua profissão e esforçar-se o máximo possível para adquirir o conhecimento médico. É uma resposta muito superficial que omite o amplo campo que há por trás da ciência médica.</p>
<p>Limites à preservação da vida</p>	<p>Esta posição é meio utópica. Não se pode começar a fazer medicina apenas com esse propósito, pois será decepcionante. Percebemos ao longo do ano que o curso permite a preservação da vida, porém nem sempre. Muitas vezes somente a atenção, o carinho e o respeito pelo paciente é o que podemos dar. Talvez não possamos salvar a vida de um, mas podemos aliviar sua dor e torna-lo mais feliz por diferentes formas. Mais do que na mera busca de preservação da vida, acredito no relacionamento humano entre médico-paciente, como condição para a eficiência no tratamento da doença. A valorização da vida depende também do paciente, não fumando, não bebendo, enfim, prevenindo a doença e valorizando a vida. Nós apenas mostramos às pessoas as possibilidades de conduzir suas vidas para melhor preservá-las. O grande problema social é a falta de valorização da vida. Pessoas se matam indiscriminadamente e os médicos não são capazes de alterar esta condição.</p>

A N E X O I V

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

Currículo Pleno do Curso de MEDICINA da FACULDADE (detalhado por Séries, com as respectivas Disciplinas, e cargas horárias)

Primeira Série (1300 HORAS)

a) Bioquímica	(230 H)
b) Biofísica	(230 H)
b) Fisiologia I	(90 H)
c) Anatomia I	(180 H)
d) Embriologia e Evolução	(100 H)
e) Histologia e Citologia	(150 H)
f) Psicologia Médica I	(120 H)
g) Propedêutica Clínica I	(50 H)
h) Enfermagem e Primeiros Socorros	(100 H)
i) História da Medicina	(40 H)
j) Ciências Sociais Aplicadas à Medicina	(120 H)
l) Bioestatística	(80 H)
m) Tecnologia da Informação	(40 H)

Segunda Série (1170 HORAS)

a) Fisiologia II	(310 H)
b) Farmacologia	(200 H)
c) Anatomia II (e Neuroanatomia)	(270 H)
d) Embriologia e Evolução II	(30 H)
e) Histologia e Citologia II	(20 H)
f) Psicologia Médica II	(60 H)
g) Propedêutica Clínica II	(140 H)
h) Epidemiologia	(140 H)

Terceira Série (1590 HORAS)

a) Genética Médica	(60 H)
b) Microbiologia e Imunologia	(140 H)
c) Parasitologia	(120 H)
d) Patologia Geral	(160 H)
e) Anatomia Patológica dos Órgãos e dos Sistemas I	(40 H)
f) Psicologia do Desenvolvimento	(20 H)
g) Psicopatologia Geral	(70 H)
h) Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica	(50 H)
i) Propedêuticas : Clínica III, Cirúrgica e Ortopédica	(210 H)
j) Propedêutica Ginecológica e Obstétrica	(90 H)
l) Propedêuticas Pediátrica e Pediatria Social	(150 H)
m) Oftalmologia Geral	(40 H)
n) Otorrinolaringologia Geral	(40 H)
o) Bases da Técnica Cirúrgica e da Anestesia	(80 H)
p) Psiquiatria e Psicologia Médica	(80 H)
q) Ortopedia e Traumatologia	(80 H)
r) Medicina do Trabalho	(80 H)
s) Sistema Tegumentar	(80 H)

Quarta Série (1540 HORAS)

a) Medicina Legal e Deontologia Médica	(60 H)
b) Cirurgias de Urgência	(60 H)
c) Medicina de Reabilitação	(40 H)
d) Medicina Intensiva	(40 H)
e) Sistema Articular	(80 H)
f) Sistema Endócrino	(80 H)
g) Sistema Digestivo	(120 H)
h) Hematologia e Oncologia	(120 H)
i) Moléstias Infecciosas e Parasitárias	(120 H)
j) Sistema Urinário	(160 H)
l) Ginecologia e Obstetrícia	(120 H)
m) Sistema Nervoso	(140 H)
n) Sistema Córdio-Vascular	(160 H)
o) Sistema Respiratório	(120 H)
p) Anatomia Patológica dos Órgãos e dos Sistemas II	(120 H)

Quinta Série (Internato = 2000 HORAS)

a) Departamento de Clínica Médica	(520 H)
b) Departamento de Cirurgia	(320 H)
c) Departamento de Pediatria	(520 H)
d) Departamento de Obstetrícia e Ginecologia	(320 H)
e) Saúde Pública	(160 H)
f) Departamento de Ortopedia e Traumatologia	(160 H)

Sexta Série (Internato = 1760 HORAS)

a) Emergências	em Clínica Médica	(360 H)
b) .	em Cirurgia	(180 H)
c) .	em Obst. e Ginecologia	(180 H)
d) .	em Infectologia	(180 H)
e) .	em Pediatria	(140 H)
f) .	em Orominolaringologia	(120 H)
g) .	em Ort. e Traumatologia	(120 H)
h) .	em Oftalmologia	(40 H)
i) .	UTI de Adultos	(180 H)
j) .	UTI Infantil	(80 H)
l) .	P.S. Infantil	(140 H)
m) .	Endoscopia	(40 H)
ELETIVO		(280 H)

CARGA HORÁRIA TOTAL = 9580 HORAS

A N E X O V

UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES

Universidade de Mogi das Cruzes Centro de Ciências Curso de Medicina Proposta de implantação ou reforma de currículo Ingressantes em 2.002
--

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
1º	576	36

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Anatomia Humana I	BA	OB	160	10	32	128		
		Imagenologia I	BA	OB	32	2			32	
		Biologia Celular e Molecular I	BA	OB	96	6	96			
		Genética Médica I	BA	OB	32	2	32			
		Saúde Coletiva I	PR	OB	64	4	32	32		
		Cultura e Medicina: História da Medicina	CO	OB	32	2	32			
		Cultura e Medicina: Língua Portuguesa	CO	OB	32	2	32			
		Metodologia de Pesquisa I	BA	OB	32	2	32			
		Histologia e Embriologia I	BA	OB	96	6			96	

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
2º	576 512	36 32

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Anatomia Humana II	BA	OB	160	10	32	128		
		Imagenologia II	BA	OB	32	2			32	
		Biologia Celular e Molecular II	BA	OB	96	6	96			
		Genética Médica II	BA	OB	32	2	32			
		Saúde Coletiva II	PR	OB	64	4	32	32		
		Metodologia de Pesquisa II	BA	OB	32	2	32			
		Histologia e Embriologia II	BA	OB	96	6			96	
		Informática	CO	OP	32	2	32			
		Cultura e Medicina: Língua Inglesa Instrumental	CO	OP	32	2	32			
		Cultura e Medicina: Deontologia Médica	BA	OB	32	2	32			

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
3ª	640	40

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Patologia I	BA	OB	96	6	32	64		
		Saúde Coletiva III	PR	OB	32	2		32		
		Iniciação ao Exame Clínico I	PR	OB	64	4	32	32		
		Biofísica Aplicada à Medicina	BA	OB	32	2	32			
		Fisiologia Humana I	BA	OB	160	10	32	128		
		Microbiologia/Imunologia/Parasitologia I	BA	OB	96	6	32	64		
		Imunobiologia I	BA	OB	48	3	16	32		
		Biologia de Microorganismos I	BA	OB	48	3	16	32		
		Farmacologia I	BA	OB	64	4	64			

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
4º	640 672	40 42

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Patologia II	BA	OB	96	6	32	64		
		Saúde Coletiva IV	PR	OB	32	2		32		
		Iniciação ao Exame Clínico II	PR	OB	64	4	32	32		
		Sexualidade Humana	BA	OB	32	2	32			
		Fisiologia Humana II	BA	OB	160	10	32	128		
		Nutrologia	BA	OB	32	2	32			
		Microbiologia/Imunologia/Parasitologia II	BA	OB	96	6	32	64		
		Imunobiologia II	BA	OB	48	3	16	32		
		Biologia de Microorganismos II	BA	OB	48	3	16	32		
		Farmacologia II	BA	OB	64	4	64			

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
5º	608	38

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Técnica Cirúrgica I	PR	OB	96	6		96		
		Saúde Coletiva V	PR	OB	32	2		32		
		Prevenção e Proteção à Saúde da Criança e Adolescente I	PR	OB	32	2	32			
		Ginecologia e Obstetrícia I	PR	OB	32	2	32			
		Iniciação ao Exame Clínico III	PR	OB	192	12	32	160		
		Patologia III	BA	OB	128	8	32	96		
		Imagenologia III	PR	OB	32	2		32		
		Farmacologia III	BA	OB	32	2	32			
		Medicina Legal	PR	OB	32	2	32			

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
6º	608 544	38 34

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Técnica Cirúrgica II	PR	OB	96	6		96		
		Saúde Coletiva VI	PR	OB	32	2		32		
		Cirurgia Experimental	PR	OP	32	2		32		
		Eletrocardiografia	PR	OP	32	2	32			
		Prevenção e Proteção à Saúde da Criança e Adolescente II	PR	OB	32	2	32			
		Ginecologia e Obstetrícia II	PR	OB	32	2	32			
		Iniciação ao Exame Clínico IV	PR	OB	192	12	32	160		
		Patologia IV	BA	OB	128	8	32	96		
		Imagenologia IV	PR	OB	32	2		32		
		Farmacologia IV	BA	OB	32	2	32			

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
7º	640 672	40 42

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Clínica Médica I	PR	OB	128	8	32	96		
		Acupuntura	PR	OB	32	2	32			
		Saúde Coletiva VII	PR	OB	32	2		32		
		Psiquiatria I	PR	OB	64	4	32	32		
		Homeopatia	PR	OB	32	2	32			
		Ginecologia e Obstetria III	PR	OB	128	8	32	96		
		Pediatria I	PR	OB	128	8	32	96		
		Clínica Cirúrgica I	PR	OB	128	8	32	96		

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
8º	640	40

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Clínica Médica II	PR	OB	128	8	32	96		
		Saúde Coletiva VIII	PR	OB	32	2		32		
		Psiquiatria II	PR	OB	64	4	32	32		
		Ginecologia e Obstetria IV	PR	OB	128	8	32	96		
		Pediatria II	PR	OB	128	8	32	96		
		Clínica Cirúrgica II	PR	OB	128	8	32	96		
		Geriatría	PR	OB	32	2	32			

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
9º (INTERNATO)	672	42

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Clínica Médica III	PR	OB	168	10,5		168		
		Clínica Cirúrgica III	PR	OB	168	10,5		168		
		Pediatria III	PR	OB	168	10,5		168		
		Ginecologia e Obstetrícia V	PR	OB	168	10,5		168		

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
10º (INTERNATO)	672	42

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Clínica Médica IV	PR	OB	168	10,5		168		
		Clínica Cirúrgica IV	PR	OB	168	10,5		168		
		Pediatria IV	PR	OB	168	10,5		168		
		Ginecologia e Obstetrícia VI	PR	OB	168	10,5		168		

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
11º (INTERNATO)	896	56

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Clínica Médica V	PR	OB	224	14		224		
		Clínica Cirúrgica V	PR	OB	224	14		224		
		Pediatria V	PR	OB	192	12		192		
		Ginecologia e Obstetrícia VII	PR	OB	192	12		192		
		Saúde Coletiva IX	PR	OB	64	4		64		

PERÍODO	Carga Horária no Período (C.H.P)	Carga Horária Semanal (C.H.S)
12º (INTERNATO)	896	56

N.º de Ordem	Módulo / Disciplina / Atividades		Tipo		Carga Horária					
	Código	Nome	F	N	C.H.P	C.H.S	T	P	T/P	AT
		Clínica Médica VI	PR	OB	224	14		224		
		Clínica Cirúrgica VI	PR	OB	224	14		224		
		Pediatria VI	PR	OB	192	12		192		
		Ginecologia e Obstetrícia VIII	PR	OB	192	12		192		
		Saúde Coletiva X	PR	OB	64	4		64		

A N E X O V I**Q U E S T I O N Á R I O A P L I C A D O E M
2 0 0 1**

Prezado aluno:

Este é um instrumento de pesquisa para elaboração de minha tese de doutorado.

Peço que leia e se concordar assine o termo de consentimento esclarecido em anexo.

Você não precisa se identificar, apenas informar idade e sexo.

As respostas devem expressar suas opiniões, de forma espontânea, sem preocupação de acertar ou errar. Se quiser, pode usar o verso desta folha.

Desde já agradeço a sua colaboração.

- Por favor, informe antes a sua idade Anos e seu sexo M F

1. Por que está fazendo o curso de Medicina?

2. Qual a principal qualidade de um médico?

3. Qual o principal defeito de um médico?

4. Qual a principal responsabilidade de um médico?

A N E X O V I I**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu _____, aceito participar da tese de doutorado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, de responsabilidade da pesquisadora Regina Maria Ignarra, que buscará analisar as representações sociais de estudantes de Medicina sobre a escolha do curso.

A pesquisa será importante para contribuir para a reestruturação dos currículos dos cursos de Medicina e para a recriação de estratégias de ensino.

Minha participação se dará através de resposta escrita ao questionário em anexo.

Sei que minha participação é livre, podendo ser interrompida por minha decisão a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. que será garantido meu anonimato e de serei informado pela pesquisadora sobre os resultados da pesquisa.

Entrevistado

Pesquisadora: Regina Maria Ignarra

A N E X O V I I I

EXEMPLO DE TRATAMENTO DOS DADOS DA LISTAGEM DAS RESPOSTAS DO 1.º ANO DA UMC À QUESTÃO 1.

Questão1: Por que você está fazendo o curso de medicina?

✓ **Respostas do grupo feminino:**

1. Porque me identifico com a área de biológicas e, principalmente, com a profissão.
2. Porque o curso de medicina me agrada, pois poderei ajudar as pessoas, realizando meus sonhos e curando-as;
3. Adoro a área de Biológicas, estudar o corpo humano. Além disso, é demais a idéia de poder ajudar as pessoas se sentirem melhor. O médico tem a oportunidade de entender certas aflições do ser humano e quem sabe poder amenizá-las.
4. Faço o curso de Medicina pensando em futuramente poder fazer algo de bom pela sociedade, ou seja, poder dar uma melhoria de vida as pessoas;
5. Porque fui influenciada desde pequena pelo meu pai que é médico. Ele me levava no hospital e me ensina sobre os instrumentos cirúrgicos, por exemplo, ao crescer, fazer medicina já era uma certeza, e meu pai nunca me forçou, porém desejava muito isso. Fazer o curso de medicina é como uma "característica" minha que já está incorporada desde criança. É simplesmente amor pela profissão.

A N E X O V I I I

6. Nunca pensei em outra profissão, pois sempre quis ajudar as pessoas e conhecer o corpo humano. Na realidade um misto de solidariedade e curiosidade.
7. Pela vontade de conhecer, e poder ajudar pessoas, fazer algo por elas, para que se sintam bem.
8. Porque é minha vocação, sei que nasci para fazer isso. Quero ajudar as pessoas.
9. Porque vejo que, desta forma, estarei contribuindo para a sociedade e, assim, posso me estabelecer como uma cidadã ativa.
10. Porque sempre gostei da área de biológicas e unindo tal gosto à enorme vontade que tenho de lidar com as pessoas, ajudando-as e fornecendo bem estar, foi na Medicina que encontrei essa realização.
11. Porque sempre sonhei em ser médica.
12. Estou fazendo medicina, porque gosto e possuo afinidades na área médica. A escolha da minha profissão basea-se única e exclusivamente da minha vontade e determinação de ser médica.
13. Porque me identifiquei com o curso desde o primeiro contato que tive quando visitei uma faculdade de medicina. Sendo médico, posso ajudar as pessoas carentes tanto de assistência médica, quanto no aspecto social. Fazendo medicina, certamente poderei contribuir de uma maneira efetiva (ao meu modo de ver) para ajudar a sociedade de um modo geral.
14. Particularmente, eu sempre soube o que queria e desde cedo já falava em ser médica. Talvez por poder lidar com as pessoas e poder ajudá-las da melhor maneira possível. Outra coisa interessante é o volume de conhecimento que um médico tem que ter. Por estas e outras razões fiz tal escolha.

A N E X O V I I I

15. Vocação e admiração desde pequena.
16. Porque pretendo cooperar c/ a saúde, ajudando as pessoas.
17. Porque é a carreira que eu escolhi, é do que eu gosto
18. Estou fazendo o curso de Medicina, porque gosto de estudar o funcionamento do corpo humano e as possíveis deficiências que pode existir. Tenho grande interesse e curiosidade em entender como ocorre a doença, suas causas e conseqüências. O corpo humano é uma máquina, tudo se encaixa; talvez seja uma das áreas da ciência mais interessante, pois é a partir do ser humano que estudos são feitos em outros organismos em benefício do Homem.
19. Porque sempre foi meu objetivo. Tentar ajudar as pessoas.
20. Porque por meio deste curso estou possibilitada a ajudar as pessoas realizando diagnósticos e tratando dos doentes. Estarei apta a salvar vidas, o bem mais precioso.
21. Porque sempre senti vontade de contribuir para a sociedade melhorar e encontrei na medicina um jeito de conciliar essa vontade com minha paixão, que é salvar vidas e lhe dar com as pessoas.
22. Porque foi um modo que eu encontrei de poder ajudar as pessoas e passar informações que possam ser úteis.
23. Porque sempre foi o meu sonho poder ajudar aos outros.
24. Porque pretende obter os conhecimentos necessários, e ainda estudar mais, para poder com a minha profissão ajudar pessoas.
25. Estou fazendo medicina porque quero poder ajudar as pessoas com problemas de saúde, me dedicar a elas e poder contribuir com a área da saúde.

A N E X O V I I I

26. Por opção própria, visto que larguei a faculdade de Relações Públicas, que gostava, para prestar vestibular de novo para Medicina. Gosto muito da profissão, pois ela é uma das poucas que você pode ajudar diretamente às pessoas.

✓ **Respostas do grupo masculino:**

27. Estou fazendo o curso porque gosto da área de Biológicas. Sempre quis entender o mecanismo de funcionamento do corpo humano, além de ser um meio de poder ajudar muitas vidas.

28. Pois é o curso que preenchia meus interesses na vida profissional

29. Para ajudar a aliviar o sofrimento alheio.

30. Nunca pensei em outra profissão. Sempre me interessei pelo assunto e desde pequeno já dizia: "vou ser médico". Deixo claro que foi por livre e espontânea vontade que tomei tal decisão. Acho que a profissão médica pode me propiciar muitas coisas, dentre elas ajudar o próximo.

31. Estou fazendo o curso pois sempre apresentei afinidade por matérias da área biológica, além de ter vontade de ser profissional de uma área tradicional.

32. Gostaria de ajudar a população de alguma forma, proporcionando um bom atendimento e sendo útil numa Hora importante em que uma pessoa chega a um Hospital ou pronto socorro, doente ou acidentado e necessita de uma pessoa que possa ajudar ele a sair daquela situação, além de me identificar com a profissão pois eu acho a medicina um curso muito gostoso de ser feito.

33. Eu, particularmente, adoro ambientes médicos, como hospitais e clínicas. Além disso quero salvar vidas ou, ao menos, amenizar o sofrimento daqueles que possuem alguma enfermidade.

A N E X O V I I I

34. Estou fazendo medicina pois acredito que existe gente no mundo que necessita de ajuda, pois acredito que tenho a capacidade de ver muitos dos erros cometidos pelo sistema e que ao contrário dos que apontam as dificuldades e ficam parados eu posso fazer algo para ajudar e mudar. Escolhi medicina porque mais do que acreditar na verdade e na justiça acredito que eu posso ter a honra de levar este título, ser um seguidor de Híppocrates e um filho de Apolo.
35. Não há uma principal razão sobre porque eu estou fazendo medicina, mas vários fatores, a medicina é um meio direto de ajudar pessoas, realizar pesquisas, e tentar, de certa forma, "melhorar as condições do mundo" (pelo menos da saúde!
36. O curso de Medicina me cativou pelo lado humano de poder de alguma forma, ajudar as pessoas, contribuindo e Tendo uma perspectiva de mudança de mundo.
37. Gosto muito da profissão, quero curar as pessoas e deixar algo de bom para a sociedade.
38. Por realização pessoal, pois adoro o curso e pretendo ajudar o próximo.

A N E X O I X

EXEMPLO DE TRATAMENTO DE DADOS: EXPRESSÕES CHAVE, IDÉIAS CENTRAIS E DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO FCMSCSP - 5º ANO

Questão 1: Por que você está fazendo o curso de medicina?

➤ IDÉIA CENTRAL: A INFLUÊNCIA FAMILIAR

✓ Expressões do grupo feminino:

- Optei por este curso, primeiramente por pressão familiar, ...
- Eu tenho médicos na família e já conhecia a profissão. Sempre gostei da medicina, da possibilidade de poder fazer alguma coisa pelos outros. A cada ano que passa, percebo que a minha vocação se reafirma.

✓ Expressões do grupo masculino:

- Decidi pela medicina muito cedo, com cerca de 13 anos, acho que mais pela influência de minha família, já que meu pai é médico e minha avó tinha muito orgulho por isso.
- Entrei no curso de medicina por diversos motivos, não porque sonhava em ser médico, mas meu pai é e sempre convivi em P. S., achava que era um desafio, achava que poderia ser um bom profissional.
- Sempre gostei da área de saúde e tive um pouco de influência familiar sem pressão (minha tia é médica), mesmo porque minha tia não queria que eu fizesse medicina → realização profissional.

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

Estou fazendo o curso de medicina, entre outras razões, por influência de parentes médicos com os quais convivo desde criança.

A N E X O I X

Observação: a maioria das respostas deste tipo é adicionada a outros motivos de escolha e contem a ressalva de que, mesmo com influência familiar, a escolha foi voluntária.

➤ **IDÉIA CENTRAL: ESTABILIDADE FINANCEIRA E STATUS SOCIAL**

✓ **Expressões do grupo feminino:**

- Optei por este curso, primeiramente por pressão familiar, em 2o lugar devido a estabilidade financeira que a profissão pode proporcionar. Além disso, me sentia atraída pela profissão, por ter sempre gostado da área biológica.
- ... sendo hoje meu principal contribuir com meu trabalho para melhorar a sociedade e realizar-me profissionalmente, pessoalmente e financeiramente.
- ... Acho que status da profissão também influenciou na minha escolha.

✓ **Expressões do grupo masculino:**

- Porque amo a profissão. Gosto de lidar com Doença e Morte. E quando puder ajudar, recebendo retorno financeiro.
- À época da escolha foi o curso que melhor condizia com minhas aptidões, além de ter um bom mercado de trabalho e oferecer possibilidades de uma boa remuneração.

❖ **DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:**

Estou fazendo o curso de medicina pelo status da profissão, que pode me proporcionar um bom mercado de trabalho e estabilidade financeira.

A N E X O I X

➤ IDÉIA CENTRAL: O GOSTO PELA ÁREA BIOLÓGICA

✓ Discurso do grupo feminino

- ... Além disso, me sentia atraída pela profissão, por ter sempre gostado da área biológica.
- ... mas escolhi a Medicina em especial por lidar com o corpo humano, querer entender seu funcionamento e seus “erros”.
- ... pelo gosto pelas ciências biológicas e pela beleza que é a perfeição do funcionamento do corpo humano. Acho que ...
- Porque desde adolescente gosto de ajudar as pessoas e sempre tive bastante curiosidade em saber como funciona o corpo humano, a fisiologia da vida.

✓ Expressões do grupo masculino

- Porque trata-se do curso que sempre almejei fazer, e que o princípio atendia as minhas expectativas. Trata-se também da principal forma de se conhecer um ser humano quase que completamente e isto parece básico e fascinante ao mesmo tempo. Vale aqui ressaltar a curiosidade e possível dificuldade de compreensão da escolha de tal curso pelos próprios profissionais da área uma vez que durante o curso fui questionado inúmeras vezes quanto a isto.

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

Estou fazendo o curso de medicina porque sempre gostei de Biologia e em especial pela curiosidade de entender como funciona o corpo humano. Conhecer um ser humano quase que completamente parece básico e fascinante ao mesmo tempo.

A N E X O I X

➤ **IDÉIA CENTRAL: AJUDAR AS PESSOAS, SE RELACIONAR COM PESSOAS**

✓ **Discurso do grupo feminino:**

- Porque é a profissão com que eu mais me identifico e o que é mais importante: ajudamos pessoas que realmente necessitam → os enfermos.
- Estou fazendo o curso de medicina pela vontade que sinto de ajudar a quem sofre.
...
- Por se tratar de uma profissão de que gosto e admiro, pelo relacionamento direto com o público, ...
- Porque desde adolescente gosto de ajudar as pessoas ...
- ... Sempre gostei da medicina, da possibilidade de poder fazer alguma coisa pelos outros. ...
- Porque quero ajudar as pessoas e estar sempre em contato com pessoas e idéias novas.

✓ **Expressões do grupo masculino:**

- Pela vontade de poder ajudar de uma forma direta e atuante o indivíduo ou a coletividade, ter como material de trabalho um organismo vivo e pensante, por estar disposto a dividir mazelas e alegrias e aprender a experiência de vida de cada paciente (só o curso de medicina possibilita).
- Sinto grande prazer em poder ajudar pessoas “doentes”. Além disso, ...
- Estou fazendo o curso de Medicina para buscar ajudar os outros, assim como já me ajudaram.
- Por gostar do relacionamento entre pessoas, satisfação profissional.
- Porque gosto de me relacionar com as pessoas e principalmente de ajudá-las.
- É um curso que me dá muitas realizações, como profissional, como homem, como formador de opinião, que proporciona o bem do próximo e que proporcionaria ouvir muitos “obrigado” sinceros e não por educação.
- Porque sempre me identifiquei com o sofrimento do meu semelhante e pretendo ajudar a minimizá-lo, no que diz respeito à saúde.
- Estou fazendo esse curso porque gosto de lidar com pessoas e de poder ajudá-las.
...

A N E X O I X

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

Estou fazendo o curso de medicina porque gosto de estar em contato com pessoas e principalmente de ajuda-las, de forma direta e atuante, aprendendo com a experiência de vida de cada paciente. Sempre me identifiquei com o sofrimento do meu semelhante e me sinto realizado por proporcionar o bem do próximo.

➤ IDÉIA CENTRAL: A VOCAÇÃO

✓ Discurso do grupo feminino:

- A realização do curso de medicina é um sonho idealizado desde a infância que amadureceu com o tempo...

✓ Expressões do grupo masculino:

- ... Pois desde a infância já tinha um modelo formado e por isso achava que seria a profissão mais adequada.
- Porque trata-se do curso que sempre almejei fazer, e que o princípio atendia as minhas expectativas.
- Vocação natural e empatia para a profissão.
- Realização pessoal.
- Por gostar do relacionamento entre pessoas, satisfação profissional.
- Sempre quis. Projeto de infância.
- Porque é um curso que me atrai e a medicina é uma área da qual eu gosto muito.
- Estou fazendo esse curso porque gosto de lidar com pessoas e de poder ajudá-las. Não me vejo fazendo outra coisa que não medicina. Adoro estar num hospital.

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

Estou fazendo o curso de medicina porque é um curso que me atrai desde criança. Não me vejo fazendo outra coisa que senão medicina.

A N E X O I X

➤ IDÉIA CENTRAL: SER ÚTIL À SOCIEDADE

✓ Expressões do grupo feminino:

- ... sendo hoje meu principal objetivo contribuir com meu trabalho para melhorar a sociedade e realizar-me profissionalmente, pessoalmente e financeiramente.

✓ Expressões do grupo masculino:

- Pela vontade de poder ajudar de uma forma direta e atuante o indivíduo ou a coletividade, ...

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

Estou fazendo o curso de medicina porque quero contribuir com meu trabalho para melhorar a sociedade.

➤ IDÉIA INICIAL: SALVAR VIDAS, CURAR DOENÇAS

✓ Expressões do grupo feminino:

- ... Além disso, acho maravilhosa ter a chance de poder curar, salvar uma vida.

✓ Expressões do grupo masculino:

- Porque amo a profissão. Gosto de lidar com Doença e Morte.
- ... Adoro estar num hospital.

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

Estou fazendo o curso de medicina porque gosto de lidar com a doença e a morte e acho maravilhoso poder curar, salvar uma vida.

A N E X O I X

Questão 2: Qual a maior qualidade de um médico?

➤ IDÉIA PRINCIPAL: BOM RELACIONAMENTO COM O PACIENTE

✓ Expressões do grupo feminino:

- Acho que a qualidade que um médico deve possuir essencialmente é a humildade. Tanto para se relacionar com seus pacientes e colegas de trabalho, como para a consciência da necessidade de atualização permanente.
- A maior qualidade de um médico é a humildade, a capacidade de ter uma relação médico paciente muito forte.
- Acho que a maior qualidade de um médico é a de querer ver o bem estar do ser humano como um todo, sua saúde física e mental. Estar disposto a ajudar a curar ou minimizar o sofrimento e a dor alheia, independente de sua classe social, cor, raça ou credo.
- A humildade de saber suas limitações e a humanidade em relação aos pacientes.
- A maior qualidade de um médico é, além de deter um grande conhecimento, saber ver o paciente como uma pessoa complexa, não só como um cliente.
- A maior qualidade de um médico é saber ouvir e compreender as pessoas.
- Saber ouvir o paciente com atenção e paciência para poder atendê-lo, descobrir o que o levou ao médico e principalmente promover a saúde do paciente.

✓ Expressões do grupo masculino:

- Saber ouvir e filtrar o que foi dito. Passar confiança.
- Além de uma boa formação técnico-teórica (requisito básico) para ter habilitação para exercer a profissão, a maior qualidade de um médico é se aproximar do paciente, sentir e ouvir o que ele tem para passar para nós.

A N E X O I X

- Empatia.
- Saber escutar, melhor forma de aliviar o sofrimento/angustia do paciente e melhor caminho para acertar o raciocínio clínico/biológico.
- Ser atencioso e que ocupado com outra pessoa, e querer fazer algo por ela.
- Ser atencioso, e deve ganhar a confiança do paciente.
- Poder exercer uma profissão muito prazerosa. Conhecer, entender ajudar outras pessoas e com isso entender a si mesmo.
- poder de se relacionar com muitas pessoas e intervir na vida delas de forma positiva.
- Ter um olhar mais próximo e íntimo do ser humano e poder ajudá-lo em algumas de suas dificuldades.
- A maior qualidade de um médico deveria ser a paciência por se relacionar com diferentes tipos de personalidade de seus pacientes.
- Poder trabalhar com o ser humano de uma forma direta, ser depositário de esperança e vida, ser respeitado.

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

A maior qualidade de um médico é sua capacidade de estabelecer uma relação médico paciente atenciosa, vendo o ser humano como um todo complexo, sabendo ouvir, compreender, se aproximar e ganhar a confiança do paciente para poder intervir na vida dele de forma positiva.

Observação: Está embutida nestas expressões relativas ao relacionamento com o paciente a idéia de humildade intelectual, que não aparece tão veementemente como em outras turmas.

A N E X O I X

➤ **IDÉIA PRINCIPAL: A CAPACIDADE DE CURAR, SALVAR, AJUDAR**

✓ **Expressões do grupo feminino:**

- Poder fazer alguma coisa pelos outros num momento em que as pessoas realmente precisam de ajuda.

✓ **Expressões do grupo masculino:**

- Poder salvar vidas.
- Além de uma boa formação técnico-teórica (requisito básico) para ter habilitação para exercer a profissão, a maior qualidade de um médico é se aproximar do paciente, sentir e ouvir o que ele tem para passar para nós.
- Capacidade de cura.
- conhecimento para curar ou, se isso não for possível, para proporcionar uma maior sobrevida e qualidade de vida ao paciente.
- Competência.
- Poder trabalhar com o ser humano de uma forma direta, ser depositário de esperança e vida, ser respeitado.

❖ **DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:**

A maior qualidade de um médico é sua capacidade de salvar vidas e de curar ou melhorar a qualidade de vida do paciente.

A N E X O I X

➤ IDÉIA PRINCIPAL: O ALTRUÍSMO

✓ Expressões do grupo feminino:

- Altruísmo.
- Na minha opinião a maior qualidade de um médico é amar aquilo que faz e estar sempre disposto, em qualquer situação, a ajudar aos outros, a salvar vidas.
- Conseguir colocar o bem estar dos outros, acima do seu. Trocar sua vida pessoal pela profissional (não que seja uma qualidade boa, mas é qualidade).

✓ Expressões do grupo masculino:

- Ter a dignidade de agir e proceder segundo os seus conhecimentos e fazer de tudo para que estes sejam sempre os mais abrangentes e corretos possíveis.

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

A maior qualidade de um médico é o altruísmo, o fato de amar aquilo que faz e colocar o bem estar dos outros acima do seu.

A N E X O I X

Questão 3: Qual o pior defeito de um médico?

➤ **IDÉIA PRINCIPAL:** O SENTIMENTO DE SUPERIORIDADE

✓ **Expressões do grupo feminino:**

- Não ouvir o paciente e fazer as coisas apenas por orgulho próprio.
- ...Outro defeito que aparece em grande número na classe médica é a falta de humildade, fazendo com que se comportem com arrogância, interferindo nas relações de trabalho com outro profissional e seus próprios colegas.
- Materialismo excessivo, pois isso faz com que tudo perca o verdadeiro sentido de ajudar salvar vidas.
- A arrogância em se achar um ser superior aos demais.
- Ter que se sentir melhor o tempo todo criticando condutas diferentes da sua, ou colegas que não chegaram as mesmas decisões que as suas.
- Achar que sabe tudo e que não tem o direito de errar.
- pior defeito de um médico é achar que ele sabe tudo e não procurar corrigir seus erros.

✓ **Expressões do grupo masculino:**

- A arrogância e prepotência de se achar uma pessoa superior em relação aos pacientes.
- Pressa e falta de humildade.
- Quando presente → arrogância.
- Arrogância e Prepotência.
- Achar que é o Sr. da verdade em, as vezes , desprezar o que outros profissional pensam.
- A arrogância e o sentimento de onipotência.
- Descaso e arrogância.

A N E X O I X

- Chegar ao ponto de “se achar” um “semi-Deus” ou algo semelhante. Encarar essa profissão como: status,; poder; local de destaque na sociedade; É deixar de ajudar o próximo por prazer e sim por dinheiro ou outro bem seja este material ou não.
- Agir em desacordo com o dito acima ou seja, agir e preceder além dos conhecimentos detidos por ele.
- pior defeito de um médico á a omissão de socorro e a imperícia.
- Prepotência e a arrogância.

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

O maior defeito de um médico é achar que sabe tudo, desprezar o que outros profissionais pensam, chegar ao ponto de se achar um semi-deus. Arrogante e prepotente, acaba ajudando o próximo apenas pelo retorno em dinheiro ou prestígio.

A N E X O I X

➤ IDÉIA PRINCIPAL: MENOSPREZO E DISCRIMINAÇÃO DE PACIENTES

✓ Expressões do grupo feminino:

- pior defeito que um médico pode apresentar é a falta de compreensão e paciência com as pessoas que lhe confiam a vida. O médico, antes de diagnosticar e tratar deve aprender a ouvir seu paciente para poder distinguir o verdadeiro motivo de sua vinda ao serviço de saúde.
- pior defeito de um médico é fazer distinção, discriminar o paciente e somente prestar assistência àqueles que tem condições de pagar pelo atendimento.
- pior defeito de um médico é o de menosprezar ou não ouvir o que o paciente tem a dizer, por sua baixa classe social ou menor escolaridade ou por ter este ou aquele vício ou conduta não aceita pela sociedade. Outro defeito que aparece em grande número na classe médica é a falta de humildade, fazendo com que se comportem com arrogância, interferindo nas relações de trabalho com outro profissional e seus próprios colegas.

✓ Expressões do grupo masculino:

- Pressa e falta de humildade.
- Descaso e arrogância.
- Ludibriar o paciente- falsidade.
- Centrar a sua atuação e seus conhecimentos apenas na parte biológica do indivíduo.
- Deixar que a profissão seja mais importante do que as pessoas de quem, cuida.
- A intolerância com os que menos tem possibilidade de conseguir ajuda médica e as vezes são os que mais precisam.

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

O maior defeito de um médico é a visão meramente biológica do paciente, o descaso, a pressa no atendimento, a intolerância e a discriminação do paciente por motivos sociais ou econômicos.

A N E X O I X

♦ **RESTOS:**

- Falta de clareza
- A maioria torna-se frio em relação a notícias pesadas e não se abala emotivamente fácil. Deixar a família um pouco de lado.
- Não respondeu.
- Egoísta.
- Desatualização, marketing.

A N E X O I X

Questão 4: Qual é a principal responsabilidade de um médico?

➤ **IDÉIA PRINCIPAL: ESTAR PREPARADO PARA LIDAR COM A VIDA**

✓ **Expressões do grupo feminino:**

- Tentar proporcionar, senão a cura, a minimização do sofrimento.
- A vida humana.
- Atender da melhor forma possível um paciente e fazer o máximo para ajuda-lo, tudo aquilo que há disponível para salvar a vida daquele paciente. Devemos ter sempre em mente que fizemos o máximo, o possível e impossível por aquele paciente, mesmo que não tenhamos conseguido cura-lo.
- Ajudar a manter a saúde de uma determinada região em um bom nível.
- Resolver os problemas com a saúde de seu paciente e ...
- É a vida e ...
- A sua principal responsabilidade é tratar corretamente um doente da melhor maneira possível, dando-lhe uma boa condição de vida e sem deixar seqüelas.
- Fazer bem feito o que estiver ao seu alcance.

✓ **Expressões do grupo masculino:**

- Lidar com ser humano, com vidas. Responsabilidade de suprir as expectativas do paciente, que vê no médico a cura (que as vezes é impossível), alguém que sabe tudo, um confidente, enfim, o paciente geralmente tem muitas expectativas e que nem sempre são correspondidas.
- Com o bem estar do paciente.
- bem estar de seus pacientes, mantendo sigilo necessário.
- Manter bem-estar de seu paciente, e saber até que ponto ir parar, ao invés de ajudar, prejudicar seu paciente.
- Ser ético e fazer sempre o máximo a seu alcance para o paciente. E quando não souber tratar, ser humilde e encaminhar para quem saiba.
- A saúde do paciente.
- Garantir a vida e qualidade de vida quando possível.

A N E X O I X

- A maior qualidade de um médico é atender as pessoas independentemente de sua classe social e econômica. Estar disposto 24 horas por dia para atender seus pacientes.
- A principal responsabilidade é lidar com vidas e conseqüências que isto traz ao paciente.
- A vida.

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

A principal responsabilidade de um médico é lidar com vidas, usar seus conhecimentos para salvar e zelar pela qualidade de vida, com plena consciência das conseqüências de sua ações no futura de cada um de seus pacientes.

A N E X O I X

➤ IDÉIA PRINCIPAL: O RESPEITO PELO SER HUMANO

✓ Expressões do grupo feminino

- Dedicção
- A principal responsabilidade é a de informar ao paciente tudo o que este solicita, desde esclarecimento sobre sua doença até métodos diversos de tratamento.
- A responsabilidade de ajudar o paciente. Trata-lo com seriedade, pois este está depositando sua confiança no médico, salvar vidas é a principal responsabilidade do médico.
- Ser um bom profissional sendo técnico e humano.
- Com o paciente, respeitá-lo e fazer o possível e o impossível para salvá-lo.

✓ Expressões do grupo masculino

- Ser ético.
- Seu doente ou paciente, como encontramos no Juramento de Hipócrates, o médico tem que dar total assistência e amparo ao seu paciente.
- Lidar com ser humano, com vidas. Responsabilidade de suprir as expectativas do paciente, que vê no médico a cura (que as vezes é impossível), alguém que sabe tudo, um confidente, enfim, o paciente geralmente tem muitas expectativas e que nem sempre são correspondidas.
- Possibilitar a melhor qualidade de vida possível à pacientes, indiferente de classe social, econômico ou racial.
- bem estar de seus pacientes, mantendo sigilo necessário.
- Informar o paciente da verdade. Verdade sobre a doença e verdade sobre as possibilidades terapêuticas..
- Sempre ter em mente que está lidando com pessoas, como ele, e assim cuidar dos “pacientes” como um todo, respeitando a ética; moral e princípios corretos.
- A luta pela integridade e pela vida humana. O respeito pelo ser humano.

A N E X O I X

- A maior qualidade de um médico é atender as pessoas independentemente de sua classe social e econômica. Estar disposto 24 horas por dia para atender seus pacientes.
- Antes de tudo, servir a todos os que necessitam dos seus serviços.

❖ DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO:

A maior qualidade de um médico é tratar o paciente com respeito e seriedade, sem discriminação por classe, raça ou recursos financeiros, informando-o da verdade sobre a doença e sobre as possibilidades terapêuticas e lidar com suas expectativas de cura.

A N E X O X

EXPRESSÕES - CHAVE E IDÉIAS CENTRAIS

Questão 1: Por que está fazendo o curso de medicina?

1. Idéia Central: A VOCAÇÃO.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- Nunca pensei em outra profissão
- Porque é minha vocação, sei que nasci para fazer isso
- Porque sempre sonhei em ser médica.
- Porque me identifiquei com o curso desde o primeiro contato que tive quando visitei uma faculdade de medicina
- Particularmente, eu sempre soube o que queria e desde cedo já falava em ser médica
- Vocação e admiração desde pequena.

U M C - M A S C U L I N O

- Nunca pensei em outra profissão. Sempre me interessei pelo assunto e desde pequeno já dizia: "vou ser médico". Deixo claro que foi por livre e espontânea vontade que tomei tal decisão
- Escolhi medicina porque mais do que acreditar na verdade e na justiça acredito que eu posso ter a honra de levar este título, ser um seguidor de Hipócrates e um filho de Apolo.

F C M S C S P - F E M I N I N O

- Por vários motivos. É difícil especificar um. Desde criança pensava em fazer medicina.
- Vontade, talvez vocação, não consigo me ver em outra área.

A N E X O X

- Porque desde criança admirava a profissão médica e dizia que um dia também seria médica. Quando chegou o vestibular e a hora de decidir o que eu realmente seria não pensei muito e prestei vestibular para medicina.
- e por admirar muito a profissão.

FCMSCSP – MASCULINO

- Por gosto e talento.
- Porque não consigo me imaginar fazendo outra coisa. Todas as outras profissões parecem não me agradar.
- Senti que era a minha vocação
- Porque é algo, ou melhor, um desejo que perdura dentro de mim desde os 10 anos de idade. Até hoje não sei bem o principal motivo da escolha.
- Talvez vocação
- Porque admiro e
- e por acreditar que tenho um dom natural para a área.

A N E X O X

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- Porque desde pequena pensava em fazer medicina, acho que é por realização pessoal e vontade de ajudar a quem precisa.
- Porque foi a profissão que escolhi para minha vida. Desejo muito ser médica.
- Talvez seja o que chamam de vocação No que dependesse de incentivo familiar, não estaria aqui, mas continuo lutando porque acho que esse é o caminho certo para realização pessoal e profissional.
- Acho que, por ser o curso de medicina algo difícil, isto também me atraiu a vencer as dificuldades.

U M C – M A S C U L I N O

- Escolha própria já decidida desde o ginásio (8ª série)
- Pois dentre as profissões hoje existentes foi a única que gostei. Percebi que era uma vocação pois desde criança sempre quis ser médico
- Meu objetivo pessoal sempre foi cursar medicina. Esse desejo, além das razões da realização pessoal e de superar desafios é relacionado a uma vontade de poder fazer alguma diferença na sociedade e eu só consigo me ver fazendo diferença atuando como médico, acredito realmente na vocação pessoal para Medicina.
- A medicina era um ideal formado desde a infância, onde não foi realizada nenhum tipo de influência familiar.
- além de uma profissão maravilhosa, é uma profissão liberal e sinto prazer em trabalhar como médico.
- Porque sou apaixonado pela área da saúde e sei que posso ajudar muitas pessoas com a minha formação médica.

F C M S C S P – F E M I N I N O

- A realização do curso de medicina é um sonho idealizado desde a infância que amadureceu com o tempo

A N E X O X

FCMSCSP - MASCULINO

- Pois desde a infância já tinha um modelo formado e por isso achava que seria a profissão mais adequada.
- Porque trata-se do curso que sempre almejei fazer, e que o princípio atendia as minhas expectativas.
- Vocação natural e empatia para a profissão.
- Sempre quis. Projeto de infância.
- Não me vejo fazendo outra coisa que não medicina

A N E X O X

2. Idéia Central: A AJUDA AO PRÓXIMO.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- Porque o curso de medicina me agrada, pois poderei ajudar as pessoas, realizando meus sonhos e curando-as;
- Além disso, é demais a idéia de poder ajudar as pessoas se sentirem melhor. O médico tem a oportunidade de entender certas aflições do ser humano e quem sabe poder amenizá-las.
- Nunca pensei em outra profissão, pois sempre quis ajudar as pessoas e conhecer o corpo humano. Na realidade um misto de solidariedade e curiosidade.
- Pela vontade de conhecer, e poder ajudar pessoas, fazer algo por elas, para que se sintam bem.
- à enorme vontade que tenho de lidar com as pessoas, ajudando-as e fornecendo bem estar, foi na Medicina que encontrei essa realização.
- Talvez por poder lidar com as pessoas e poder ajudá-las da melhor maneira possível....
- Porque pretendo cooperar c/ a saúde, ajudando as pessoas.
- Porque sempre foi meu objetivo. Tentar ajudar as pessoas.
- Porque foi um modo que eu encontrei de poder ajudar as pessoas e passar informações que possam ser úteis.
- Porque sempre foi o meu sonho poder ajudar aos outros.
- Para ajudar a aliviar o sofrimento alheio.
- Porque pretendo obter os conhecimentos necessários, e ainda estudar mais, para poder com a minha profissão ajudar pessoas.
- Estou fazendo medicina porque quero poder ajudar as pessoas com problemas de saúde, me dedicar a elas e poder contribuir com a área da saúde.

U M C – M A S C U L I N O

- Gosto muito da profissão, pois ela é uma das poucas que você pode ajudar diretamente às pessoas.

A N E X O X

- Para ajudar a aliviar o sofrimento alheio.
- Acho que a profissão médica pode me propiciar muitas coisas, dentre elas ajudar o próximo.
- Não há uma principal razão sobre porque eu estou fazendo medicina, mas vários fatores, a medicina é um meio direto de ajudar pessoas....
- curso de Medicina me cativou pelo lado humano do poder de alguma forma, ajudar as pessoas....
- Por realização pessoal, pois adoro o curso e pretendo ajudar o próximo.

FCMSCSP – FEMININO

- Ajudar sem esperar retorno.
- Estou fazendo o curso de medicina pois sinto vontade espontânea de ajudar pessoas e melhorar suas condições de vida.
- Principalmente pela vontade de querer ajudar pessoas
- Sempre foi minha vontade também fazer algo que “fizesse a diferença”, ajudasse as pessoas e me fizesse feliz.
- aos 15 anos procurei me informar e cheguei à conclusão final devido à vontade que sempre tive de ajudar o próximo.
- e sempre sonhei em poder ajudar o próximo.
- Porque está é a carreira com a qual me identifico e que melhor me permite alcançar o objetivo de prestar ajuda a que precise.
- O curso de medicina possibilita que eu ajude pessoas necessitadas de cuidados.
- caráter sentimental, a fim de aliviar o sofrimento do próximo.
- Porque acho que a Medicina é um ótimo meio para ajudarmos as pessoas e
- Porque esse curso preenche as minhas expectativas quanto a ajudar as pessoas, proporcionando a elas boas condições de vida.
- Para poder ajudar a melhorar o nível das pessoas.
- filosofia da profissão (ajudar o próximo, etc.), poder lidar com gente, principalmente.
- Quero poder ajudar aos outros em sua saúde.
- e possibilidades de ajudar ao próximo.

A N E X O X

FCMSCSP – MASCULINO

- e porque através da medicina posso ajudar o próximo.
- Talvez vocação, mais no intuito de ajudar as pessoas. Espero que essa vontade não desapareça com o tempo.
- a profissão médica proporciona um prazer pessoal, pois você consegue ajudar as pessoas fazendo o que gosta.
- Principalmente, por gostar de ajudar pessoas com problemas e de saber que estou ajudando alguém, não importando somente a doença, mas o bem estar geral deste.
- quero uma profissão em que o lado humano seja valorizado, tenho vontade de poder ajudar pessoas com problemas.
- Aliado a isto entra a possibilidade de ajudar as pessoas, e ter conhecimento para fazer isto
- Para ajudar pessoas
- Porque admiro e é a maneira que achei para ajudar as pessoas,
- Porque é o curso no qual me sentiria mais útil, podendo ajudar as pessoas. Acho que pela possibilidade de fazer diferença; por uma vontade de ser um pouco herói.
- Por gostar de me relacionar com diferentes tipos de pessoas.
- Por querer ajudar pessoas em seus problemas a nível de saúde e também psicológicos.
- daqueles que estão indefesos e entregues ao destino e muitas vezes à morte. Permite ajudar os que precisam, com uma total satisfação profissional e realização pessoal.
- possibilidade de ajudar pessoas,
- Pois é uma área que abrange os desejos de poder auxiliar o próximo....

A N E X O X

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- Por ser uma profissão “nobre”, pela qual auxiliarei o semelhante....
- para usar os meus conhecimentos para ajudar aos que precisam.
- 3) vontade de ser útil a alguém...
- porque acredito que nela vou poder realizar meus desejos de ajuda ao próximo....
Tenho prazer em ajudar um paciente, ao menos tentar amenizar seu problema.
- Estou fazendo o curso de Medicina, com o intuito de dar assistência as pessoas que necessitam....
- Para ajudar ao próximo.
- bem como oferecer as pessoas alívio da dor e resolução de problemas físicos e psicológicos.
- Acima de tudo para poder ajudar as pessoas que estão doentes....

U M C – M A S C U L I N O

- o que me leva à medicina é o ideal de ser médico, de poder ajudar as pessoas quando mais necessitam.
- Por apreciar muito a profissão e ajudar os que precisam e não tem condições de ter o que eu tenho.
- e ajuda ao próximo.
- Para ser um ponto de referência para o paciente, para que ele saiba em quem confiar seus problemas.
- e também é um desafio tratar das pessoas sem discriminação (sexo, raça, idade).
- e também porque sempre quis ajudar alguém da melhor maneira possível, salvando sua vida.
- Porque sou apaixonado pela área da saúde e sei que posso ajudar muitas pessoas com a minha formação médica.

A N E X O X

FCMSCSP – FEMININO

- Porque é a profissão com que eu mais me identifico e o que é mais importante: ajudamos pessoas que realmente necessitam → o s enfermos.
- Estou fazendo o curso de medicina pela vontade que sinto de ajudar a quem sofre
- Por se tratar de uma profissão de que gosto e admiro, pelo relacionamento direto com o público....
- Porque desde adolescente gosto de ajudar as pessoas
- Sempre gostei da medicina, da possibilidade de poder fazer alguma coisa pelos outros....
- Porque quero ajudar as pessoas e estar sempre em contato com pessoas e idéias novas.

FCMSCSP – MASCULINO

- Pela vontade de poder ajudar de uma forma direta e atuante o indivíduo ou a coletividade, ter como material de trabalho um organismo vivo e pensante, por estar disposto a dividir mazelas e alegrias e aprender a experiência de vida de cada paciente (só o curso de medicina possibilita).
- Sinto grande prazer em poder ajudar pessoas “doentes”. Além disso....
- Estou fazendo o curso de Medicina para buscar ajudar os outros, assim como já me ajudaram.
- Por gostar do relacionamento entre pessoas, satisfação profissional.
- Porque gosto de me relacionar com as pessoas e principalmente de ajudá-las.
- É um curso que me dá muitas realizações, como profissional, como homem, como formador de opinião, que proporciona o bem do próximo e que proporcionaria ouvir muitos “obrigado” sinceros e não por educação.
- Porque sempre me identifiquei com o sofrimento do meu semelhante e pretendo ajudar a minimizá-lo, no que diz respeito à saúde.
- Estou fazendo esse curso porque gosto de lidar com pessoas e de poder ajudá-las....

A N E X O X

3. Idéia Central: SER ÚTIL A SOCIEDADE.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- Faço o curso de Medicina pensando em futuramente poder fazer algo de bom pela sociedade, ou seja, poder dar uma melhoria de vida as pessoas;
- Porque vejo que, desta forma, estarei contribuindo para a sociedade e, assim, posso me estabelecer como uma cidadã ativa.
- Fazendo medicina, certamente poderei contribuir de uma maneira efetiva (ao meu modo de ver) para ajudar a sociedade de um modo geral.
- Porque sempre senti vontade de contribuir para a sociedade melhorar e encontrei na medicina um jeito de conciliar essa vontade com minha paixão
- Estou fazendo medicina porque quero.... poder contribuir com a área da saúde.

U M C – M A S C U L I N O

- Estou fazendo medicinapois acredito que tenho a capacidade de ver muitos dos erros cometidos pelo sistema e que ao contrário dos que apontam as dificuldades e ficam parados eu posso fazer algo para ajudar e mudar.
- e tentar, de certa forma, "melhorar as condições do mundo" (pelo menos da saúde!
- O curso de Medicina me cativou pelo lado humano do poder de alguma forma, ajudar as pessoas, contribuindo e tendo uma perspectiva de mudança de mundo.
- quero curar as pessoas e deixar algo de bom para a sociedade.

F C M S C S P – F E M I N I N O

- por causa também da possibilidade de ser útil na sociedade que me cerca
- Através desta profissão podemos nos realizar como cidadãos no sentido em que temos conhecimento e instrumentos para tentar melhorar a qualidade de vida dos menos favorecidos.

A N E X O X

- Acredito que cursando medicina e exercendo minha profissão com amor e seriedade posso ser útil à sociedade. Escolhi a medicina, e não me envergonho de dizer isso por exclusão, pois em nenhuma outra área acredito que me sentirei útil como posso me sentir sendo médica.
- dívida social, a fim de retribuir à sociedade o que tenho oportunidade de aprender.
- Por achar que tenho uma dívida social a cumprir, já que tive a oportunidade de estudar. Dessa forma, encontrei na medicina uma forma de retribuir tal oportunidade.
- e contribuirmos para a melhora de nossa sociedade.
- Para me sentir útil para a sociedade, por realização pessoal
- Também quero vir a trabalhar com populações carentes.

FCMSCSP – MASCULINO

- Porque o curso de Medicina oferece a possibilidade de contato com as pessoas e a sociedade, podendo dar assistência à saúde da população.

A N E X O X

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- Acho que se cada um fizer a sua parte, temos o muito o que melhorar em nosso país.

U M C - M A S C U L I N O

- Creio que através da medicina, podemos ajudar muito a comunidade.
- Meu objetivo pessoal sempre foi cursar medicina. Esse desejo relacionado a uma vontade de poder fazer alguma diferença na sociedade e eu só consigo me ver fazendo diferença atuando como médico, acredito realmente na vocação pessoal para Medicina.

F C M S C S P - F E M I N I N O

- sendo hoje meu principal objetivo contribuir com meu trabalho para melhorar a sociedade e

F C M S C S P - M A S C U L I N O

- Pela vontade de poder ajudar de uma forma direta e atuante o indivíduo ou a coletividade

A N E X O X

4. Idéia Central: A INCLINAÇÃO PARA AS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- Porque me identifico com a área de biológicas e, principalmente, com a profissão.
- Adoro a área de Biológicas, estudar o corpo humano.
- Porque sempre gostei da área de biológicas.
- Estou fazendo medicina, porque gosto e possuo afinidades na área médica.
- Estou fazendo o curso de Medicina, porque gosto de estudar o funcionamento do corpo humano e as possíveis deficiências que pode existir. O corpo humano é uma máquina, tudo se encaixa; talvez seja uma das áreas da ciência mais interessante, pois é a partir do ser humano que estudos são feitos em outros organismos em benefício do Homem.

U M C – M A S C U L I N O

- Estou fazendo o curso porque gosto da área de Biológicas. Sempre quis entender o mecanismo de funcionamento do corpo humano.
- Estou fazendo o curso pois sempre apresentei afinidade por matérias da área biológica, além de ter vontade de ser profissional de uma área tradicional.
- Interesse pelo conhecimento.

F C M S C S P – F E M I N I N O

- Sempre gostei da área biológica
- Além disso, sempre tive uma inclinação para as ciências Biológicas e Humanas, com as quais acredito que a Medicina está indiscutivelmente envolvida.
- mas fui crescendo e comecei a ter uma curiosidade enorme sobre o corpo humano. Isso só fez crescer a minha vontade.
- Porque sempre me interessei pelo corpo humano, seu funcionamento, suas doenças, pela pessoa em si.
- Outro atrativo foi a compreensão do corpo humano e da mente.

A N E X O X

- Afinidade com disciplina de Biológicas,
- busca por conhecimento.
- Foi uma somatória de curiosidade sobre o corpo humano e possibilidades de ajudar o próximo.
- Sempre soube que queria seguir carreira de biológicas, devido ao meu interesse no contato com outras pessoas.
- Porque quero conhecer mais sobre o funcionamento do corpo e da mente humana, principalmente no que diz respeito às doenças psicossomáticas e neurológicas.

FCMSCSP – MASCULINO

- Porque sempre tive interesse em saber mais detalhes sobre o corpo humano
- Por querer entender o funcionamento do corpo humano.
- Me interesse por atividades científicas,
- Pelo interesse na área de saúde, na possibilidade de estudo e
- entender o funcionamento do corpo humano.
- além de ser agradável o conhecimento de como o corpo humano funciona.
- Por gostar da objetividade da profissão médica.

A N E X O X

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- Sempre tive afinidade em estudar assuntos ligados à área de biologia (desde criança)....
- Várias razões:1) afinidade com a área biológica/biomédicas e porque dentre os outros cursos, a Medicina é a mais completa (ampla em termos científicos)

U M C – M A S C U L I N O

- Possuo afinidades a esta área do conhecimento
- Por gostar da área médica.

F C M S C S P – F E M I N I N O

- Além disso, me sentia atraída pela profissão, por ter sempre gostado da área biológica.
- mas escolhi a Medicina em especial por lidar com o corpo humano, querer entender seu funcionamento e seus “erros”.
- pelo gosto pelas ciências biológicas e pela beleza que é a perfeição do funcionamento do corpo humano. Acho que
- Porque desde adolescente gosto de ajudar as pessoas e sempre tive bastante curiosidade em saber como funciona o corpo humano, a fisiologia da vida.

F C M S C S P – M A S C U L I N O

- Porque trata-se do curso que sempre almejei fazer, e que o princípio atendia as minhas expectativas. Trata-se também da principal forma de se conhecer um ser humano quase que completamente e isto parece básico e fascinante ao mesmo tempo.

A N E X O X

5. Idéia Central: O DESAFIO DE LIDAR COM A VIDA.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- realizando meus sonhos e curando-as;
- Tenho grande interesse e curiosidade em entender como ocorre a doença, suas causas e conseqüências.
- Porque por meio deste curso estou possibilitada a ajudar as pessoas realizando diagnósticos e tratando dos doentes. Estarei apta a salvar vidas, o bem mais precioso.
- e encontrei na medicina um jeito de conciliar essa vontade com minha paixão, que é salvar vidas e lidar com as pessoas.

U M C – M A S C U L I N O

- além de ser um meio de poder ajudar muitas vidas.
- Gostaria de ajudar a população de alguma forma, proporcionando um bom atendimento e sendo útil numa hora importante em que uma pessoa chega a um Hospital ou pronto socorro, doente ou acidentado e necessita de uma pessoa que possa ajudar ele a sair daquela situação....
- Eu, particularmente, adoro ambientes médicos, como hospitais e clínicas. Além disso quero salvar vidas ou, ao menos, amenizar o sofrimento daqueles que possuem alguma enfermidade.
- quero curar as pessoas....

F C M S C S P – F E M I N I N O

- pois gosto do desafio de curar, ajudar e dar assistência as pessoas.
- Faço o curso de Medicina por ter grande interesse pela saúde, cura de doenças, e pelo contato com pacientes, principalmente na área clínica....
- Para adquirir conhecimentos e práticas a fim de curar ou melhorar a vida dos meus futuros pacientes.

A N E X O X

- também por experiência com parentes próximos muito doentes (ex: câncer, esclerose múltipla) o que me fez interessar pela área.
- Além disso, sempre amei o ambiente hospitalar, os instrumentos, os procedimentos, as emergências, as correrias, os estudos.

FCMSCSP – MASCULINO

- Medicina sempre foi uma carreira que muito admirei e que achei que fosse recompensadora por se tratar com vidas e pessoas.
- seja para manter sua saúde, quanto para confortá-la e ajudá-la na doença.
- Escolhi Medicina como opção de curso porque desde criança tive vontade de me formar médico e curar, poder “mexer” com a vida. A Medicina é a opção que me permite o tempo todo estar brigando pela vida e saúde daqueles que estão indefesos e entregues ao destino e muitas vezes á morte.
- Para aprender a auxiliar a cura das pessoas e
- Por estar relacionado ao maior bem do ser humano: a saúde.

A N E X O X

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- e ter a possibilidade de cuidar da saúde das pessoas.
- Acima de tudo para poder ajudar as pessoas que estão doentes. Também sempre tive curiosidade de aprender bem o funcionamento do organismo humano, as doenças e os tratamentos. ...
- Além de achar o curso interessante, aprendemos a lidar com doenças e pacientes e....
- vontade de ser útil a alguém, de conhecer melhor as doenças, saber o que fazer para tratá-las, como se conduzir diante de situações que envolvem à saúde.
- Estou fazendo o curso de medicina porque através dele poderei ser uma médica, ajudarei a salvar vidas.

U M C – M A S C U L I N O

- sempre me interessei pela profissão, lendo artigos, pesquisando sobre uma ou outra doença e também porque sempre quis ajudar alguém da melhor maneira possível, salvando sua vida.
- ao menos o gosto pelo desafio de vencer doenças e oferecer um pouco de saúde me agrada

F C M S C S P – F E M I N I N O

- Além disso, acho maravilhosa ter a chance de poder curar, salvar uma vida.

F C M S C S P – M A S C U L I N O

- Porque amo a profissão. Gosto de lidar com Doença e Morte.

A N E X O X

6. Idéia Central: A INFLUÊNCIA FAMILIAR

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- Porque fui influenciada desde pequena pelo meu pai que é médico. Ele me levava no hospital e me ensinava sobre os instrumentos cirúrgicos, por exemplo, ao crescer, fazer medicina já era uma certeza, e meu pai nunca me forçou, porém desejava muito isso

U M C - M A S C U L I N O

- não há.

F C M S C S P - F E M I N I N O

- Meu pai é médico e eu convivi com seus anos de residência médica. Sabendo dos sacrifícios da profissão e consciente da dedicação necessária, optei pela carreira
- Na época, pode ter sido influência de meu pai, que é médico, mas
- É um curso que escolhi desde pequena, primeiro por ter pai e mãe médicos que amam e se dedicam à profissão, assim não tinha visão de como eram as outras profissões. Mesmo assim
- Comecei a me interessar pela profissão médica por intermédio do meu pai.
- influência dos pais.
- Influência de familiares
- e também devido às influências dos meus irmãos. Tenho dois irmãos que cursam medicina.

F C M S C S P - M A S C U L I N O

- Pelo convívio com os meus pais, que são médicos, e desejar seguir o meu pai.
- também houve apoio familiar. Resolvi trilhar os mesmos caminhos que meu pai e meus tios trilharam.
- Porque era a carreira que conhecia melhor

A N E X O X

- Meu pai trabalhou, e ainda trabalha só que agora mais diretamente com médicos e eu sempre achei muito bonito o que os médicos fazem.
- Influência da família
- Além disso, como sou filho de médico, meu pai pode dar uma ajuda na carreira.

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- ... Acho que também fui influenciada por um tio que é médico, pois o admiro muito.
- Tenho pai médico, e foi através dele que cresci ouvindo e me interessando pela profissão, à final, a única com que tive contato.
- Porque, desde pequena freqüentava com meu pai ambiente hospitalar e reparava muito nos médicos, enfermeiras e fui começando a gostar cada vez mais do que eles faziam.

U M C – M A S C U L I N O

- Pois meus pais são médicos e eu sempre quis ser médico também.
- Porque além de sofrer uma forte influência do meu pai, que é um médico
- Porque tive influência de meu pai e tios médicos que mostram que além de uma profissão maravilhosa, é uma profissão liberal e sinto prazer em trabalhar como médico.

F C M S C S P – F E M I N I N O

- Optei por este curso, primeiramente por pressão familiar
- Eu tenho médicos na família e já conhecia a profissão. Sempre gostei da medicina, da possibilidade de poder fazer alguma coisa pelos outros. A cada ano que passa, percebo que a minha vocação se reafirma.

A N E X O X

FCMSCSP – MASCULINO

- Decidi pela medicina muito cedo, com cerca de 13 anos, acho que mais pela influência de minha família, já que meu pai é médico e minha avó tinha muito orgulho por isso.
- Entrei no curso de medicina por diversos motivos, não porque sonhava em ser médico, mas meu pai é e sempre convivi em P. S., achava que era um desafio, achava que poderia ser um bom profissional.
- Sempre gostei da área de saúde e tive um pouco de influência familiar sem pressão (minha tia é médica), mesmo porque minha tia não queria que eu fizesse medicina → realização profissional.

A N E X O X

7. Idéia Central: O STATUS SOCIAL E FINANCEIRO E A ESTABILIDADE.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C – F E M I N I N O E M A S C U L I N O

- não há.

F C M S C S P – F E M I N I N O

- Acho que hoje o status social oferecido pela medicina é pequeno, e não considerarei um fator, assim como o status econômico.
- motivo econômico.
- Além disso, possibilita um rendimento salarial satisfatório – não sendo, porém, este o motivo principal na escolha do curso.
- estabilidade profissional.

F C M S C S P – M A S C U L I N O

- apresenta um amplo mercado de trabalho,
- Além do status e prestígio social,
- Em segundo plano, o status da carreira também atraiu.
- e garantia de emprego.
- além disso, ter prestígio social e boa condição financeira.
- status
- Prestígio social, remuneração
- A ascensão social é vista como secundária, mas não deixa de ser importante.

A N E X O X

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- Também por ser uma profissão que fornece “status” social, possibilidades maiores de emprego

U M C – M A S C U L I N O

- O que não me preocupa nem um pouco é pelo fato de ganhar ou não dinheiro. A única coisa que desejo é ser bom médico para nunca prejudicar nenhum dos meus pacientes.
- Realização pessoal, financeira e ajuda ao próximo.

F C M S C S P – F E M I N I N O

- Optei por este curso...em 2.º lugar devido a estabilidade financeira que a profissão pode proporcionar....
-e realizar-me profissionalmente, pessoalmente e financeiramente.
- Acho que status da profissão também influenciou na minha escolha.

F C M S C S P – M A S C U L I N O

- E, quando puder ajudar, recebendo retorno financeiro
- além de ter um bom mercado de trabalho e oferecer possibilidades de uma boa remuneração.

A N E X O X I

EXPRESSÕES - CHAVE E IDÉIAS CENTRAIS

Questão 2: Qual a principal qualidade de um médico?

1. Idéia Central: O RELACIONAMENTO HUMANO COM O PACIENTE.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- Ter interesse em ajudar, melhorar a qualidade de vida de um paciente.
- Saber ajudar sem esperar algo em troca.
- A maior qualidade de um médico é o sentimento humano com o próximo.
- ajudar os outros, sem se importar com a origem, classe ou raça dessa pessoa.
- A maior qualidade que um médico pode ter é de tratar seus pacientes com muito afeto e atenção tentando trazer-lhe o bem estar a qualquer custo.
- Um médico primeiramente tem que ser muito humano e ao mesmo tempo tem que ter uma certa frieza para confortar tanto o paciente na hora da dor, e a família na hora da perda de um ente querido.
- A maior qualidade que um médico deve ter é ser humano, sabendo ajudar ao próximo, mas não é esta que é visto ultimamente, parece que tal área virou um mercado o que não pode ocorrer.
- A maior qualidade de um médico é poder ouvir e auxiliar as pessoas além de tentar curá-las.

U M C - M A S C U L I N O

- Um médico deve ter paciência para ouvir seus pacientes Deve ainda ser compreensivo e acima de tudo, zelar pelo bem físico e moral do paciente. Dentre as várias qualidades necessárias a qualquer médico, a mais importante é a de um bom ouvinte, capaz de diagnosticar com base nas reclamações, mesmo que ingênuas, dos pacientes.

A N E X O X I

- A maior qualidade de um médico deve ser a compaixão, não só pelas coisas vivas, mas também pelas mortas o médico deve ter o dom de entender e de se condoer
- A maior qualidade de um médico deve ser a honestidade consigo mesmo e com seus pacientes.
- Bom senso e a humanidade são necessários a um médico.
- O médico precisa ter sentimento e não discriminar as pessoas.
- Dentre as várias qualidades necessárias a qualquer médico, a mais importante é a de um bom ouvinte, capaz de diagnosticar com base nas reclamações, mesmo que ingênuas, dos pacientes.

FCMSCSP - FEMININO

- Dedicção ao paciente como se este fosse uma pessoa, não uma doença, um doente. Paciência, sabedoria, memória, inteligência educação.
- Ser prestativo e ter a sensibilidade de tratar de problemas tão delicados como doença e morte.
- A maior qualidade de um médico é saber ouvir, com paciência, dados do paciente, tratando-os como pessoa e não como doenças.
- Respeitar o paciente.
- A maior qualidade de um médico é o compromisso que ele mantém com o paciente, estando disposto a acompanhá-lo, fornecendo não somente os cuidados técnicos, como também suporte psicológico no enfrentamento da enfermidade.
- Dar sua atenção ao paciente.
- Ser compreensivo, saber escutar o próximo, poder ajudar o próximo.
- e respeito para com os pacientes.

FCMSCSP - MASCULINO

- Creio que não haja apenas uma grande qualidade, mais não há dúvida que o profissionalismo e atenção, a qual o médico dedica ao paciente sejam as grandes qualidades do médico.
- Possuir boa capacidade de comunicação e sendo atencioso com seus pacientes.
- Ser humano e saber ouvir.

A N E X O X I

- Admiro os médicos que ajudam as pessoas sem se preocupar com a proveniência social do paciente e os que trabalham ajudando o paciente a esclarecer sua cabeça, fazendo um trabalho psicológico juntamente com a análise clínica ou cirúrgica.
- Saber ouvir e ajudar as pessoas.
- A qualidade do médico é lidar com o limiar entre a vida e a morte e com a doença e a saúde. Isto leva a uma dependência do paciente, que passa a ver no médico uma figura de segurança, como um pai. A qualidade é notada quando o médico sabe lidar com esta situação.
- Ser ético, nunca esquecendo a integridade do paciente
- Talvez seja a capacidade de conseguir entender os problemas de uma pessoa para ajudá-la. O sentimento de solidariedade, embora ausente em alguns médicos, é na minha opinião uma das maiores qualidades do médico também.
- Procurar entender o ser humano no seu ambiente bio-psico social.

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- Ser atencioso com o doente (muitos profissionais são até competentes, porém por não darem a devida atenção ao doente, deixam passar certos diagnósticos, perdendo inclusive muitos de seus doentes).
- Atenção, generosidade.
- Humanismo.
- A maior qualidade é a atenção voltada para os problemas dos pacientes e a sensibilidade para tratá-lo como um todo.
- Humanismo com o caráter científico.
- Ser humano e não fazer discriminação de qualquer tipo de paciente, mesmo que este não tenha condições para pagar o serviço.
- carinho com o paciente.
- A maior qualidade de um médico, está em prestar à população ajuda médica, tanto sob o aspecto curativo quanto o aspecto carencial dos pacientes, isto é, tornando um verdadeiro amigo do paciente.

A N E X O X I

- Interesse e amor pelo ser humano. O médico tem que querer resolver da melhor forma o problema da pessoa que o procura
- Ética e respeito com o doente.
- Ser humano em relação aos pacientes, suas famílias e amigos

U M C - M A S C U L I N O

- Um médico tem a qualidade de saber discernir o que é bom e o que é ruim, o que é grave do que não preocupa, além de transmitir de modo adequado ao paciente e sua respectiva família.
- O poder de ajudar aqueles que precisam da melhor forma possível.
- Ser humano e compreensivo.
- Ética.
- Saber ouvir o paciente.
- A principal qualidade de um médico é o respeito para com os pacientes

F C M S C S P - F E M I N I N O

- a capacidade de ter uma relação médico paciente muito forte.
- Acho que a maior qualidade de um médico é a de querer ver o bem estar do ser humano como um todo, sua saúde física e mental. Estar disposto a ajudar a curar ou minimizar o sofrimento e a dor alheia, independente de sua classe social, cor, raça ou credo.
- A humildade de saber suas limitações e a humanidade em relação aos pacientes.
- A maior qualidade de um médico é, além de deter um grande conhecimento, saber ver o paciente como uma pessoa complexa, não só como um cliente.
- A maior qualidade de um médico é saber ouvir e compreender as pessoas.
- Saber ouvir o paciente com atenção e paciência para poder atendê-lo, descobrir o que o levou ao médico e principalmente promover a saúde do paciente.

F C M S C S P - M A S C U L I N O

- Saber ouvir e filtrar o que foi dito. Passar confiança.
- a maior qualidade de um médico é se aproximar do paciente, sentir e ouvir o que ele tem para passar para nós.

A N E X O X I

- Empatia.
- Saber escutar, melhor forma de aliviar o sofrimento/angustia do paciente e melhor caminho para acertar o raciocínio clínico/biológico.
- Ser atencioso e preocupado com outra pessoa, e querer fazer algo por ela.
- Ser atencioso, e deve ganhar a confiança do paciente.
- Poder exercer uma profissão muito prazerosa. Conhecer, entender ajudar outras pessoas e com isso entender a si mesmo.
- poder de se relacionar com muitas pessoas e intervir na vida delas de forma positiva.
- Ter um olhar mais próximo e íntimo do ser humano e poder ajudá-lo em algumas de suas dificuldades.
- A maior qualidade de um médico deveria ser a paciência por se relacionar com diferentes tipos de personalidade de seus pacientes.
- Poder trabalhar com o ser humano de uma forma direta, ser depositário de esperança e vida, ser respeitado.

A N E X O X I

2. Idéia Central: A CAPACIDADE DE CURAR E SALVAR VIDAS.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C – F E M I N I N O

- A maior qualidade de um médico é poder dar uma melhoria de vida as pessoas e salvar vidas.
- Poder e ter capacidade de ajudar os outros
- Poder tornar a vida de seus pacientes mais confortável quando há dor.
- Salvar vidas.
- compromisso de salvar vidas.
- médico é capaz de ajudar as pessoas, ou seja, ele é um instrumento que proporciona a cura de doenças ou pelo menos amenizar a dor.
- A maior qualidade de um médico é além de tentar curá-las.
- Ter o poder de ajudar aliviar dores de alguém.

U M C - M A S C U L I N O

- e saber tratar bem um paciente.
- A maior qualidade de um médico deve ser não salvar vidas, pois biologicamente isso é impossível, o nosso legado é fatal, mas garantir que as mortes que aconteçam sejam justas.

F C M S C S P - F E M I N I N O

- Poder ajudar no que diz respeito a dor e saúde das pessoas.
- Ser bom no que faz.
- Para mim a maior qualidade de um médico é a capacidade de cura; não para tudo, é claro, mas a capacidade de aliviar a dor de alguém é uma qualidade maravilhosa.

A N E X O X I

FCMSCSP - MASCULINO

- A capacidade de salvar vidas e aliviar o sofrimento.
- A qualidade do médico é lidar com o limiar entre a vida e a morte e com a doença e a saúde. Isto leva a uma dependência do paciente, que passa a ver no médico uma figura de segurança, como um pai. A qualidade é notada quando o médico sabe lidar com esta situação.
- É o dom divino que ele recebeu de tratar com algo tão difícil como é a vida, a saúde das pessoas.
- Depende do médico, no meu caso, espero que seja a capacidade de agir em situações científicas, delicadas.
- Poder ajudar as pessoas, impedindo a propagação de epidemias, melhorando a qualidade de vida das pessoas.
- O fato de ser uma pessoa diferente na sociedade capaz ajudar pessoas quando elas mais precisam. O principal não é o fato de ajudar, mas de poder ajudar.

➤ Expressões dos 5.º anos:

UMC - FEMININO

- A qualidade é ter a capacidade de poder salvar a vida das pessoas.
- Poder ajudar e fornecer alívio às pessoas doentes. Capacidade, preparo para promover bem estar a quem precisa.
- Tratar a doença, melhorando o contexto global da vida do paciente.
- O médico tem que querer resolver da melhor forma o problema da pessoa que o procura, tendo em mente que a saúde é o maior bem de uma pessoa, seja ela quem for.
- Poder salvar a vida de uma pessoa.

A N E X O X I

U M C - M A S C U L I N O

- saber.
- médico tem a qualidade de saber discernir o que é bom e o que é ruim, o que é grave do que não preocupa, além de transmitir de modo adequado ao paciente e sua respectiva família.
- para resolver todos os problemas de seu paciente, no tocante a saúde em seu sentido mais amplo.
- É ter a capacidade de olhar para um doente, descobrir a sua doença e tratá-la da melhor maneira do mundo.

F C M S C S P - F E M I N I N O

- Poder fazer alguma coisa pelos outros num momento em que as pessoas realmente precisam de ajuda.

F C M S C S P - M A S C U L I N O

- Poder salvar vidas.
- Capacidade de cura.
- conhecimento para curar ou, se isso não for possível, para proporcionar uma maior sobrevivência e qualidade de vida ao paciente.

A N E X O X I

3. Idéia Central: O ALTRUÍSMO.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- A maior qualidade de um verdadeiro médico é buscar sempre saber mais e ter vontade de fazer algo por alguém.
- A maior qualidade de um médico é a sua dedicação, porque é muito tempo de sua vida dedicado a carreira, deixando até a sua vida pessoal um pouco de lado.
- Saber ajudar sem esperar algo em troca.

U M C - M A S C U L I N O

- Estar sempre disponível a cuidar da vida das pessoas.
- A dedicação
- A maior qualidade de um médico deve ser o dom de entender e de se condoer para que assim possa dar tudo forçar músculos nervos, tudo para poder, não salvar vidas, pois biologicamente isso é impossível, o novo legado é fatal, mas garantir que as mortes que aconteçam sejam justas.
- Estudar para curar, dedicar sua vida em prol da sociedade.

F C M S C S P - F E M I N I N O

- Ajudar sem esperar retorno.
- Deveria ser a preocupação com o bem estar do próximo (paciente).
- A dedicação aos estudos e ao ser humano, porque o médico bom e honesto deixa de lado seu lazer e suas horas de sono para servir à sociedade.
- A maior qualidade de um médico é a vontade de ajudar ao próximo, mesmo que um detrimento de si próprio, altruísmo.
- Ser prestativo e
- Colocar a profissão médica acima da remuneração e interesses pessoais, abdicando, quando preciso, de sua própria pessoal para exercer a profissão.
- Dedicção pelo paciente.

A N E X O X I

- Estar sempre pronto a ajudar e a aprender.

FCMSCSP - MASCULINO

- Estar sempre disposto a atender qualquer paciente, independente do sexo, cor e status social deste paciente.
- Admiro os médicos que ajudam as pessoas sem se preocupar com a proveniência social do paciente e
- A maior qualidade de um médico é a obrigação de fornecer assistência à saúde das pessoas independente da classe social do paciente.
- A vontade de estudar e aprender para fazer bem, ou pelo menos o melhor para ajudar uma outra pessoa.
- Empenhar-se ao máximo para garantir boa qualidade de atendimento aos seus clientes.
- querer auxiliar e ajudar o próximo necessitado, independente das suas condições econômicas e sociais.
- A maior qualidade de um médico, na minha opinião, é a capacidade de prestar serviços totalmente voltados para a sociedade.

➤ Expressões dos 5.º anos:

UMC - FEMININO

- A maior qualidade é a de se desprender do dinheiro para ajudar as pessoas, sem se preocupar com o retorno oferecido.
- Saber se doar.

UMC - MASCULINO

- Doação de si

FCMSCSP - FEMININO

- Altruísmo.

A N E X O X I

- Na minha opinião a maior qualidade de um médico é amar aquilo que faz e estar sempre disposto, em qualquer situação, a ajudar aos outros, a salvar vidas.
- Conseguir colocar o bem estar dos outros, acima do seu. Trocar sua vida pessoal pela profissional (não que seja uma qualidade boa, mas é qualidade).

FCMSCSP - MASCULINO

- não há

A N E X O X I

4. Idéia Central: A HUMILDADE.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- Humildade
- A humildade e a consciência de que não sabe tudo, de que tem muito o que aprender com o paciente
- A maior qualidade de um médico é ser humilde.

U M C - M A S C U L I N O

- Sua humildade e caráter perante toda e qualquer situação/pessoa.
- Saber escutar sempre alguém que entende mais do assunto do que ele, e ...

F C M S C S P - F E M I N I N O

- Um médico deve ser consciente da sua limitação, isto é, não ultrapassar os limites do seu conhecimento admitindo quando precisa de outras opiniões a respeito de algum assunto ou mesmo que não tem conhecimento sobre ele. Portanto, a maior qualidade de um médico é humildade.
- Saber os limites (os próprios e os do paciente).
- A honestidade, a consciência de seus limites.
- Ser humilde e não tratar o paciente como se ele o servisse, mas servindo a ele. Obviamente, o fator conhecimento técnico é importante, mas não sem uma formação humanística do profissional.
- Além disso, ele deve ter consciência sobre o que é capaz ou não de fazer, para que não prejudique o próximo.
- Humildade.
- A humildade no trato com as pessoas e no reconhecimento dos seus próprios erros.
- Humildade e
- A humildade.

A N E X O X I

FCMSCSP - MASCULINO

- A maior qualidade de um médico é saber reconhecer que ele está errado ou precisa de ajuda em certas ocasiões.
- Humildade, responsabilidade, perseverança.

➤ Expressões dos 5.º anos:

UMC - FEMININO

- Ser humilde e aceitar suas imperfeições. Médico não é Deus.

UMC - MASCULINO

- Sinceridade.
- Realização pessoal, financeira e ajuda ao próximo.
- Posso afinidades a esta área do conhecimento Creio que através da medicina, podemos ajudar muito a comunidade.
- Ter bom conhecimento teórico e o principal é ter “bom senso” e “humildade”.

FCMSCSP - FEMININO

- Acho que a qualidade que um médico deve possuir essencialmente é a humildade. Tanto para se relacionar com seus pacientes e colegas de trabalho, como para a consciência da necessidade de atualização permanente.

FCMSCSP - MASCULINO

- não há.

A N E X O X I I

EXPRESSÕES - CHAVE E IDÉIAS CENTRAIS

Questão 3: Qual o principal defeito de um médico?

1. Idéia Central: A FALTA DE CONSIDERAÇÃO COM O PACIENTE.

➤ Expressões dos 1.º anos:

UMC - FEMININO

- médico tem que ser muito frio para poder suportar a dura realidade da vida e da morte.
- Tratar o paciente como qualquer um, sem prestar atenção na sua queixa, achando que é tudo besteira é um erro gravíssimo. Para o paciente aquilo é importante.
- O pior defeito de um médico é o fato deste ter que tratar seus pacientes sem se envolver, tornando-se um pouco frio, afinal este tem que se envolver diariamente com a vida e a morte.
- O maior defeito de um médico é a pressa com a qual atende seus pacientes. Talvez esse defeito tenha sido gerado pelos tempos modernos e pelo descaso do o governo com a Saúde Pública.
- Atualmente, os médicos estão muito distantes de seus pacientes, não dando total atenção a eles.
- O pior defeito de um médico é e em alguns a frieza.
- não dão a devida atenção ao seu paciente acabam perdendo sua principal função, ajudar os seus pacientes proporcionando seu bem estar físico e psicológico.
- pior defeito de um médico é ser desatencioso com seus pacientes.

A N E X O X I I

U M C - M A S C U L I N O

- Não saber escutar

F C M S C S P - F E M I N I N O

- desprezo que pode ser por preconceito, pela falta de visão de que o paciente não é só um corpo a ser examinado, mas uma pessoa como um todo, ou por qualquer outro motivo.
- Arrogância e prepotência. Acaba não escutando o que o paciente tem a dizer e não admite seus erros.
- A falta de sensibilidade.
- Se envolver demais com um paciente, no sentido de sofrer com o sofrimento do doente.
- pior defeito de um médico é não cumprir com responsabilidade e competência os cuidados a serem destinados ao paciente, cuidados estes que devem ir além do simples tratamento físico da enfermidade, mas também inclui orientação e apoio emocional ao paciente.
- e não saber respeitar o próximo.

F C M S C S P - M A S C U L I N O

- A prepotência, a “distância” que ultimamente mantém do paciente e, geralmente, sua visão científica das coisas ao redor.
- e descaso.
- Desrespeitar ou negar seu serviço a um paciente.
- Não dar devida atenção ao paciente.

A N E X O X I I

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- Não “colocar a mão” no doente e muito menos dar a devida atenção àquela pessoa que veio lhe pedir ajuda. O médico deve ser perito (ter conhecimentos vastos), porém deve manter seu espírito de humanidade acima de tudo.
- Impaciência.
- A má vontade em atender os pacientes e a falta de tato para lidar com suas carências.
- Indelicadeza, desatenção, mais prejuízo no tratamento de um doente por falta de conhecimento.
- menosprezar o paciente (ou seja, não valorizar tudo o que ele fala)..
- O pior defeito do médico é negligenciar, ser autoritário, e
- Alguns não tem o dom de doar a si mesmo.
- Ganância. Quando um médico passa a ver seus pacientes como instrumentos para subir na vida, ele perde a essência da medicina.
- Não tratar cada pessoa individualmente.
- Faltar com o respeito tanto como pessoa, como ser arrogante por falta de conhecimento com qualquer pessoa.

U M C - M A S C U L I N O

- Desrespeito, omissão.
- Prepotência e falta de respeito com o paciente.
- principal defeito é o desrespeito aos seus pacientes.

F C M S C S P - F E M I N I N O

- O pior defeito que um médico pode apresentar é a falta de compreensão e paciência com as pessoas que lhe confiam a vida. O médico, antes de diagnosticar e tratar deve aprender a ouvir seu paciente para poder distinguir o verdadeiro motivo de sua vinda ao serviço de saúde.

A N E X O X I I

FCMSCSP - MASCULINO

- Pressa e falta de humildade.
- Descaso e arrogância.
- Ludibriar o paciente- falsidade.
- Centrar a sua atuação e seus conhecimentos apenas na parte biológica do indivíduo.
- Deixar que a profissão seja mais importante do que as pessoas de quem cuida.
- A intolerância com os que menos tem possibilidade de conseguir ajuda médica e as vezes são os que mais precisam.

A N E X O X I I

2. Idéia Central: A ARROGÂNCIA E A PREPOTÊNCIA.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- não sabe e nem procura ter interesse de procurar.
- O descaso médico, a falta de preocupação em auxiliar um paciente e
- Descaso.

U M C - M A S C U L I N O

- O pior defeito de um médico (pelo menos de alguns) é não se dedicar ao que faz, não estudando, não se inovando, ou também sendo egoísta, o que o impede de ajudar seus pacientes com a dedicação necessária.
- e displicência.

F C M S C S P - F E M I N I N O

- Julgar-se superior por sua posição social.
- Prepotente em achar que tem controle sobre a vida, e, conseqüentemente, sobre as pessoas.
- O pior defeito de um médico é ter a ilusão de que pode tudo, de que é Deus.
- A prepotência e a não consciência de seus limites.
- Prepotência e arrogância, juntas.
- Prepotência.
- Prepotência.
- Prepotência e egocentrismo.
- A prepotência. Nada pior do que um médico que se sente tão poderoso quanto Deus e não consegue admitir que errou.
- Sentimento de superioridade.
- A arrogância, o sentimento de superioridade.
- Não saber reconhecer sua ignorância diante do paciente sobre a doença.

A N E X O X I I

FCMSCSP - MASCULINO

- Acreditar que ele é o único que pode resolver os problemas relacionados à saúde das pessoas.
- O orgulho.
- Prepotência e descaso.
- Prepotência.
- ou é mais importante que outras pessoas.
- Achar que é um “super-herói”, passando muitas vezes seu limite de conhecimento.
- A arrogância daqueles que se julgam os melhores sem ter preparo ou qualidade para tal.
- Prepotência, egoísmo, vaidade e orgulho.
- Muitos médicos se consideram um semi-deus, ou algo do tipo. Se tornam pessoas prepotentes e arrogantes, que esquecem que a humildade é uma virtude e não um defeito.
- A prepotência, pois em linhas gerais o médico se sente superior aos outros, ele se torna um “deus”.
- A vaidade, pensar que é melhor que os outros ou que sua profissão seja mais digna que as demais.

➤ Expressões dos 5.º anos:

UMC – FEMININO

- principal defeito é se sentir superior e orgulhoso por ter essa capacidade.
- Defeito: Prepotência.
- Onipotência.
- O pior defeito de um médico é julgar-se “poderoso” como Deus, ao trabalhar com a vida das pessoas. Os médicos são apenas seres humanos que tem a capacidade de ajudar na boa saúde das pessoas, através de seus conhecimentos e treinamentos.
- Vaidade.

A N E X O X I I

- Indelicadeza, desatenção mais prejuízo no tratamento de um doente por falta de conhecimento.
- e achar que nunca pode cometer um erro e manter-se calado em relação a um possível erro que cometeu.
- Prepotência.
- O maior defeito é se sentir um “Deus” só porque as pessoas enfermas depositam em suas mãos toda a confiança
- Faltar com o respeito tanto como pessoa, como ser arrogante por falta de conhecimento com qualquer pessoa. O erro não seria um defeito (exceto por omissão etc.) porque todo ser humano é passível de erro.

U M C - M A S C U L I N O

- A prepotência.
- A idéia de que nunca poderá errar.
- Achar que sabe tudo.
- Às vezes a prepotência.
- Não assumir sua ignorância quanto a determinada doença.
- Prepotência e falta de respeito com o paciente.
- Desinteresse pela profissão (ser médico apenas por ser médico).
- É a arrogância, muitos se consideram Deus.
- É sempre achar que sua profissão é melhor do que as outras.
- O principal defeito e ser arrogante

F C M S C S P - F E M I N I N O

- Não ouvir o paciente e fazer as coisas apenas por orgulho próprio.
- Outro defeito que aparece em grande número na classe médica é a falta de humildade, fazendo com que se comportem com arrogância, interferindo nas relações de trabalho com outro profissional e seus próprios colegas.
- Materialismo excessivo, pois isso faz com que tudo perca o verdadeiro sentido de ajudar salvar vidas.
- A arrogância em se achar um ser superior aos demais.

A N E X O X I I

- Ter que se sentir melhor o tempo todo criticando condutas diferentes da sua, ou colegas que não chegaram as mesmas decisões que as suas.
- Achar que sabe tudo e que não tem o direito de errar.
- O pior defeito de um médico é achar que ele sabe tudo e não procurar corrigir seus erros.

FCMSCSP - MASCULINO

- A arrogância e prepotência de se achar uma pessoa superior em relação aos pacientes.
- Pressa e falta de humildade.
- Quando presente → arrogância.
- Arrogância e Prepotência.
- Achar que é o senhor da verdade, as vezes , desprezar o que outros profissional pensam.
- A arrogância e o sentimento de onipotência.
- Descaso e arrogância.
- Chegar ao ponto de “se achar” um “semi-deus” ou algo semelhante. Encarar essa profissão como: status, poder; local de destaque na sociedade; É deixar de ajudar o próximo por prazer e sim por dinheiro ou outro bem seja este material ou não.
- Agir em desacordo com o dito acima ou seja, agir e preceder além dos conhecimentos detidos por ele.
- Prepotência e arrogância.

A N E X O X I I

3. Idéia Central: A GANÂNCIA.

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- Exercer a profissão só pensando em dinheiro, e não em exercer uma boa medicina.
- Muitos médicos usufruem do seu "poder de cura" e acabam se aproveitando de certas situações. Pedem exames desnecessários, fazem diagnósticos errados, não dão a devida atenção ao seu paciente, não se importam com aqueles pacientes que não são capazes de pagar as consultas caras, há preconceito com relação aos pacientes que são atendidos pelos convênios. Infelizmente há médicos que priorizam o valor material, o capital e acabam perdendo sua principal função, ajudar os seus pacientes proporcionando seu bem estar físico e psicológico.
- e a preocupação apenas em lucrar torna-o incompetente.
- e a ganância, que fazem com que ele saia dos princípios da medicina e menosprezando os pacientes e explorando-os economicamente.
- Muitos estão tornando-se muito capitalistas, só pensam no dinheiro, perderam o dom da profissão.

U M C - M A S C U L I N O

- não há

F C M S C S P - F E M I N I N O

- Pensar apenas em retorno financeiro, ou prestígio social.
- Apenas pensar que sua profissão é fonte de prestígio "status" e capital. O médico tem que gostar do que faz antes de pensar no retorno que terá.
- Preocupar-se apenas com ele próprio, sua condição financeira, seu status e esquecer de seu paciente.

A N E X O X I I

FCMSCSP - MASCULINO

- Muitos médicos pensam como comerciantes. Pensando muito em dinheiro ele esquece de sua principal função, ajudar pessoas e salvar vidas.
- O pior defeito de um médico é a ambição.
- Considerar o aspecto econômico em primeiro plano, podendo assim prejudicar o paciente de alguma forma (carentes ou não).

➤ Expressões dos 5.º anos:

UMC - FEMININO

- Ganância. Quando um médico passa a ver seus pacientes como instrumentos para subir na vida, ele perde a essência da medicina.
- Fazer a medicina só com o intuito de ganhar dinheiro; sem amor pelo que faz.

UMC - MASCULINO

- O principal defeito é ser arrogante e pensar em ficar rico com a profissão.
- e pensar em ficar rico com a profissão.

FCMSCSP - FEMININO

- Ganância. Quando um médico passa a ver seus pacientes como instrumentos para subir na vida, ele perde a essência da medicina.

FCMSCSP - MASCULINO

- não há.

A N E X O X I I I

E X P R E S S Õ E S - C H A V E E I D É I A S

Questão 4: Qual a principal responsabilidade de um médico?

1. O discurso da vida e qualidade de vida

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- A maior responsabilidade é com a vida humana que ele terá que lidar todo o tempo.
- Estudar e entender o assunto, porque erros são imperdoáveis (!)
- Ter a vida do próximo em suas mãos.
- Lidar com vidas de forma madura e consciente.
- Não poder errar, qualquer erro pode significar uma vida.
- A principal responsabilidade de um médico seria cuidar do paciente da melhor forma possível, visando a dar uma melhor qualidade de vida ao paciente
- Aliviar sempre, salvar quando possível.
- A principal responsabilidade de um médico é a vida que ele tem que zelar. Ele mexe com a vida e a morte e sua responsabilidade está em fazer o possível para manter a qualidade de vida de uma pessoa.
- Curar sempre que puder.
- Cuidar da vida das outras pessoas.

U M C - M A S C U L I N O

- A vida de seu paciente
- A vida de outra pessoa. O médico precisa saber o que está fazendo, pois em suas mãos está o destino de outras pessoas, a vida delas. O médico tem o poder da morte de outra pessoa.

A N E X O X I I I

- Curar e amenizar os enfermos, curar quando der, amenizar sofrimento Sempre, dever e responsabilidade médica.
- Ter conhecimento teórico e prático, pois estará lidando com a vida do ser humano.

FCMSCSP - FEMININO

- Manter em vista o objetivo que o leva a ser designado desta forma: salvar as pessoas ou evitar seu sofrimento.
- O médico apresenta um “poder” (verdadeiro ou aparente) sobre a vida. Portanto, sua responsabilidade é dirigir seus conhecimentos para o bem.
- O médico em sua relação com o paciente passa a ter um certo poder sobre a vida deste. Essa é a responsabilidade.
- O compromisso de lidar com a vida de um ser humano, que é o que há de mais valioso no mundo. Qualquer descuido de um médico pode ser fatal para seu paciente.
- Manter a vida do paciente a qualquer custo, e promover bem estar sempre que possível.
- A responsabilidade para com a vida alheia.
- Salvar vidas enquanto houver possibilidade de qualidade de vida (dignidade) para elas, sempre respeitando seus próprios limites (do médico).

- Tendo o médico muitas vezes a vida de outro ser humano nas mãos, ele deve levá-la a sério, tentar curar seu doente de todas as maneiras, mas sempre tendo segurança do que está realizando, pois o outro não é um brinquedo. Além disso, podemos ver o médico como alguém que passe conhecimentos importantes para a população em termos de doenças, tratamentos e prevenção.
- A vida do paciente.
- A vida.
- A principal responsabilidade de um médico é exercer sua profissão com consciência, buscando estar seguro nos procedimentos adotados e nas possíveis conseqüências que ele pode trazer.
- Tendo o médico muitas vezes a vida de outro ser humano nas mãos, ele deve levá-la a sério, tentar curar seu doente de todas as maneiras, mas sempre tendo segurança do que está realizando, pois o outro não é um brinquedo.

A N E X O X I I I

- Dar um diagnóstico correto,
- fazendo todo o possível que sua habilidade técnica e pessoal lhe permitir.
- Cuidar de seus doentes e manter-se atualizado, estudando sempre.
- Com certeza é salvar a vida e manter a saúde de seu paciente a qualquer custo, para isto deve sempre estudar e se manter atualizado porque a medicina muda diariamente.
- O médico é responsável pela saúde, tratamento do paciente, levando em consideração os limites próprios e o daqueles com quem se relaciona (paciente).
- É saber quando ele é ou não capaz de realizar um procedimento. Se ele não souber, não deve fazer, porque a vida de outras pessoas também está sob sua responsabilidade

FCMSCSP - MASCULINO

- Cuidar da vida de outras pessoas, Saber que você está lidando com uma pessoa, a qual tem família e amigos igual a você, e que um erro seu pode ser fatal.
-
- Por tratar com a vida, a principal responsabilidade é com si mesmo. O médico deve procurar se analisar para perceber se o que está fazendo traz algum benefício à sociedade.
- A maior responsabilidade de todos é a de salvar vidas,
- É fazer o que for de seu alcance para salvar uma vida.
- Preservar a vida, nunca fazer o uso ou exercer qualquer tipo de conhecimento ou tecnologia que não lhe é de sua perícia. Agir com prudência.
- Agir eticamente e usar seus conhecimentos para melhorar a vida das pessoas.
- A principal responsabilidade de um médico é tentar resolver o problema do paciente, dando o diagnóstico correto e conversando com o paciente.
- Ajudar as pessoas de acordo com os conhecimentos adquiridos na faculdade e através da experiência da prática médica.
- Fazer direito o que for fazer e não fazer nada se não souber fazer.
- Ser bem estudado, para saber exatamente o que está fazendo. Assim, diminui os erros médicos.

A N E X O X I I I

- Saber seus limites e até onde ele pode intervir com prudência e responsabilidade sem comprometer a vida de seu paciente.
- nunca fazer o uso ou exercer qualquer tipo de conhecimento ou tecnologia que não lhe é de sua perícia. Agir com prudência.
- Saber seus limites e até onde ele pode intervir com prudência e responsabilidade sem comprometer a vida de seu paciente.

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- Com a vida de seu doente (aqui incluindo-se todas as decisões que venha a tomar com relação à terapêutica, métodos diagnósticos...).
- Com a vida de seus pacientes, zelar por ela.
- Cuidar da vida humana.
- Aplicar dignamente seus conhecimentos, sempre visando ajudar seus pacientes.
- Tratar da saúde.
- É com a vida do paciente pois qualquer atitude do médico implica em melhorar, piorar, aumentar ou diminuir a vida do paciente.
- Cumprir com os seus deveres, antes de tudo como um ser humano, e saber o que esta realizando, ou seja, "mexendo com a vida".
- Lidar com a vida.
- Cuidar da vida de uma outra pessoa.
- A principal responsabilidade de um médico é saber realmente lidar com a vida das pessoas.
- Fazer com que seu paciente viva bem, não só sem dores ou sem doença física, mas que ele tenha saúde que é o bem estar físico, psicológico e social.
- A vida de seu paciente e das pessoas em geral.
- Com certeza é salvar a vida e manter a saúde de seu paciente a qualquer custo.

A N E X O X I I I

U M C - M A S C U L I N O

- Tentar proporcionar, senão a cura, a minimização do sofrimento.
- A vida humana.
- Atender da melhor forma possível um paciente e fazer o máximo para ajudá-lo, tudo aquilo que há disponível para salvar a vida daquele paciente. Devemos ter sempre em mente que fizemos o máximo, o possível e impossível por aquele paciente, mesmo que não tenhamos conseguido curá-lo.
- Ajudar a manter a saúde de uma determinada região em um bom nível.
- Resolver os problemas com a saúde de seu paciente e
- É a vida e
- A sua principal responsabilidade é tratar corretamente um doente da melhor maneira possível, dando-lhe uma boa condição de vida e sem deixar seqüelas.
- Fazer bem feito o que estiver ao seu alcance.
- Cuidar de seus doentes e manter-se atualizado, estudando sempre.
- Com certeza é salvar a vida e manter a saúde de seu paciente a qualquer custo, para isto deve sempre estudar e se manter atualizado porque a medicina muda diariamente.
- A principal responsabilidade é ter um bom preparo para tomar as decisões necessárias e saber que suas atitudes serão responsáveis pelo futuro do paciente.
- Sempre assumir seus atos (conduta e resultado terapêutico), nunca ser omissos.
- Cuidar de seus doentes e manter-se atualizado, estudando sempre.
- Com certeza é salvar a vida e manter a saúde de seu paciente a qualquer custo, para isto deve sempre estudar e se manter atualizado porque a medicina muda diariamente.

F C M S C S P - F E M I N I N O

- Tentar proporcionar, senão a cura, a minimização do sofrimento.
- A vida humana.
- Atender da melhor forma possível um paciente e fazer o máximo para ajudá-lo, tudo aquilo que há disponível para salvar a vida daquele paciente. Devemos ter sempre em mente que fizemos o máximo, o possível e impossível por aquele paciente, mesmo que não tenhamos conseguido curá-lo.

A N E X O X I I I

- Ajudar a manter a saúde de uma determinada região em um bom nível.
- Resolver os problemas com a saúde de seu paciente e
- É a vida e
- A sua principal responsabilidade é tratar corretamente um doente da melhor maneira possível, dando-lhe uma boa condição de vida e sem deixar seqüelas.
- Fazer bem feito o que estiver ao seu alcance.

FCMSCSP - MASCULINO

- Lidar com ser humano, com vidas. Responsabilidade de suprir as expectativas do paciente, que vê no médico a cura (que as vezes é impossível), alguém que sabe tudo, um confidente, enfim, o paciente geralmente tem muitas expectativas e que nem sempre são correspondidas.
- Com o bem estar do paciente.
- bem estar de seus pacientes, mantendo sigilo necessário.
- Manter bem-estar de seu paciente, e saber até que ponto ir parar, ao invés de ajudar, prejudicar seu paciente.
- Ser ético e fazer sempre o máximo a seu alcance para o paciente. E quando não souber tratar, ser humilde e encaminhar para quem saiba.
- A saúde do paciente.
- Garantir a vida e qualidade de vida quando possível.

A N E X O X I I I

2. O discurso do relacionamento humano com o paciente

➤ Expressões dos 1.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- Dar o máximo de si para ajudar o paciente, estar sempre atualizado, passar segurança para o paciente.
- A principal responsabilidade de um médico é ter que sempre fazer o máximo pelo seu paciente.
- Ter consciência e saber diferenciar quando ele tem capacidade ou não para ajudar e fazer algo
- A principal responsabilidade é de honrar com os compromisso e responsabilidades que a profissão possui. Cuidando do bem estar físico e mental de seus pacientes.
- Ao meu ver, é poder ajudar a melhorar a qualidade de vida de qualquer indivíduos sem se preocupar com a remuneração. Ainda para que o seu paciente tenha total recuperação física (doença) e favorecendo um bem estar psicológico também.
- A principal responsabilidade de um médico é o tratamento dado aos paciente, estes devem ser tratados como um membro da família do profissional pois o paciente procura-o como se ele fosse a única salvação e chega a confessar coisas muito íntimas.
- A principal responsabilidade de um médico seria cuidar do paciente da melhor forma possível, visando a dar uma melhor qualidade de vida ao paciente
- Paciência.

U M C - M A S C U L I N O

- A principal responsabilidade de um médico é tratar do paciente com total profissionalismo e tratar dele (paciente) como uma pessoa e não como um número
- Cuidar bem de seus pacientes, sendo atencioso e cuidadoso para evitar erros que possam prejudicar a saúde do paciente.
- Saber unir o trabalho técnico à humanidade. Tratando fisicamente de seus paciente, mas acima de tudo não ignorando a saúde psicológica dos mesmos.

A N E X O X I I I

FCMSCSP - FEMININO

- Prestar ao próximo, acima de tudo.
- A principal responsabilidade de um médico é ajudar as pessoas, tanto fisicamente quanto psicologicamente.
- Ajudar ao próximo sem ter como visão apenas a obtenção do lucro (dinheiro).
- Oferecer socorro imediato sempre que um ser humano necessitar.
- Ter consciência do poder que carrega, saber lidar com pessoas. O médico lidar com gente, estando sob sua responsabilidade a forma como o paciente recebe melhorias da sua saúde.
- ou evitar seu sofrimento.
- e promover bem estar sempre que possível.
- Usar seus conhecimentos adquiridos tanto na faculdade quanto na vida para ajudar a curar ou amenizar a dor
- Buscar sempre melhorar a qualidade de vida.
- Garantir o mínimo da dignidade do seu paciente, diminuindo-lhe a dor, proporcionando-lhe o alívio do seu sofrimento.
- ou evitar seu sofrimento.
- e promover bem estar sempre que possível.
- Usar seus conhecimentos adquiridos tanto na faculdade quanto na vida para ajudar a curar ou amenizar a dor.
- Buscar sempre melhorar a qualidade de vida.

FCMSCSP - MASCULINO

- Ajudar quem pedir ajuda, quem quer que seja.
- Independentemente do resultado do tratamento, saber atender o paciente de forma que ele se sinta confortado e não tenha sua vida pessoal na medida do possível prejudicada pela doença.
- A principal responsabilidade de um médico é tentar resolver o problema do paciente, dando o diagnóstico correto e conversando com o paciente.
- Além de ajudar a recuperar uma pessoa de uma doença, sempre ter em mente prestar serviço aos mais necessitados.
- e estar sempre disposto a ajudar o próximo.

A N E X O X I I I

- Tratar bem e com respeito os seus pacientes e familiares.
- Independentemente do resultado do tratamento, saber atender o paciente de forma que ele se sinta confortado e não tenha sua vida pessoal na medida do possível prejudicada pela doença.
- Tentar melhorar a qualidade do atendimento aos seus clientes.
- Fazer o melhor possível para o bem estar físico ou psicológico do paciente.
- Ajudar as pessoas de acordo com os conhecimentos adquiridos na faculdade e através da experiência da prática medica.
- Na verdade a principal responsabilidade é aliviar esse sofrimento.
- O bem estar de seu paciente.
- Se não puder curar, deve sempre confortar as pessoas mantendo assim o bem estar do mesmo.
- Independentemente do resultado do tratamento, saber atender o paciente de forma que ele se sinta confortado e não tenha sua vida pessoal na medida do possível prejudicada pela doença.
- Tentar melhorar a qualidade do atendimento aos seus clientes.
- Fazer o melhor possível para o bem estar físico ou psicológico do paciente.
- Ajudar as pessoas de acordo com os conhecimentos adquiridos na faculdade e através da experiência da prática medica.
- Na verdade a principal responsabilidade é aliviar esse sofrimento.
- O bem estar de seu paciente.
- Se não puder curar, deve sempre confortar as pessoas mantendo assim o bem estar do mesmo.

A N E X O X I I I

➤ Expressões dos 5.º anos:

U M C - F E M I N I N O

- Cuidar das pessoas com dignidade e se preocupar não só com as doenças mas sim com o ser humano em geral.
- Responsabilidade = cuidar do paciente (instituir um tratamento, mesmo que não curativo, a sua doença; consolar; esclarecer dúvidas; oferecer uma melhor qualidade de vida - cuidar da sua saúde-mental/espiritual/física).
- Saber se doar ao próximo.

U M C - M A S C U L I N O

- Resolver os problemas com a saúde de seu paciente e ser sempre sincero.
- É a vida e a convivência (paciência) com o doente.

F C M S C S P - F E M I N I N O

- A principal responsabilidade é a de informar ao paciente tudo o que este solicita, desde esclarecimento sobre sua doença até métodos diversos de tratamento.
- A responsabilidade de ajudar o paciente. Tratá-lo com seriedade, pois este está depositando sua confiança no médico, salvar vidas é a principal responsabilidade do médico.
- Ser um bom profissional sendo técnico e humano.
- Com o paciente, respeitá-lo e fazer o possível e o impossível para salvá-lo.

F C M S C S P - M A S C U L I N O

- Ser ético.
- Seu doente ou paciente, como encontramos no Juramento de Hipócrates, o médico tem que dar total assistência e amparo ao seu paciente.
- Lidar com ser humano, com vidas. Responsabilidade de suprir as expectativas do paciente, que vê no médico a cura (que as vezes é impossível), alguém que sabe tudo, um confidente, enfim, o paciente geralmente tem muitas expectativas e que nem sempre são correspondidas.

A N E X O X I I I

- Possibilitar a melhor qualidade de vida possível à pacientes, indiferente de classe social, econômico ou racial.
- bem estar de seus pacientes, mantendo sigilo necessário.
- Informar o paciente da verdade. Verdade sobre a doença e verdade sobre as possibilidades terapêuticas
- Sempre ter em mente que está lidando com pessoas, como ele, e assim cuidar dos “pacientes” como um todo, respeitando a ética; moral e princípios corretos.
- A luta pela integridade e pela vida humana. O respeito pelo ser humano.
- A maior qualidade de um médico é atender as pessoas independentemente de sua classe social e econômica. Estar disposto 24 horas por dia para atender seus pacientes.
- Antes de tudo, servir a todos os que necessitam dos seus serviços.

A N E X O X I I I

3. O discurso de não prejudicar o paciente

➤ Expressões dos 1.º anos:

UMC - FEMININO E MASCULINO

- não há

FCMSCSP - FEMININO

- Não causar o mal a ninguém.
- Garantir que seus atos apenas beneficiem, e nunca prejudiquem seu paciente.
- Fazer uso do seu conhecimento apenas com a intenção de ajudar, nunca prejudicar uma vida sob qualquer aspecto.
- Não prejudicar o paciente, seja de forma física, como também emocionalmente.
- Nunca tomar medidas que possam vir a agravar a situação do paciente. O risco deve ser muito bem pesado.
- Uma outra responsabilidade é o médico seguir princípios éticos.

FCMSCSP - MASCULINO

- Certificar-se que seus passos visam EXCLUSIVAMENTE o bem estar de seu paciente.
- Responsável pelos atos que podem promover malefícios a benefícios à outro ser humano.
- Manter sempre os juramentos hipocráticos na cabeça, procurando agir sempre de forma coerente e honesta. Nunca prejudicar ninguém e estar sempre disposto a ajudar o próximo.
- Antes de tudo não prejudicar.

➤ Expressões dos 5.º anos:

- não há.

A N E X O X I I I

4. O discurso da consciência dos limites

➤ Expressões dos 1.º anos:

UMC – FEMININO E MASCULINO

- não há

FCMSCSP - FEMININO

- O médico é responsável pela saúde, tratamento do paciente, levando em consideração os limites próprios e o daqueles com quem se relaciona (paciente).
- É saber quando ele é ou não capaz de realizar um procedimento. Se ele não souber, não deve fazer, porque a vida de outras pessoas também está sobre sua responsabilidade
- Ser humilde e admitir, quando não puder fazer algo para ajudar alguém, encaminhando esse alguém para outra pessoa, ou melhor, outro médico.
- E se caso não souber, encaminhar para um outro médico.

FCMSCSP - MASCULINO

- Saber seus limites e até onde ele pode intervir com prudência e responsabilidade sem comprometer a vida de seu paciente.
- nunca fazer o uso ou exercer qualquer tipo de conhecimento ou tecnologia que não lhe é de sua perícia. Agir com prudência.
- Saber seus limites e até onde ele pode intervir com prudência e responsabilidade sem comprometer a vida de seu paciente.

➤ Expressões dos 5.º anos:

- não há.